Nr. 27. 8. lipca 1923 Rok II.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

W dniu 8. b. m. zjadą się interniści polscy do Wilna, aby wziąć udział w V. Zjeździe Towarzystwa internistów, ze wszech ziem Polski zgromadzą się, aby obradować w murach odnowionej przesławnej Almae Matris, która z łona swego tak świetnych wydała Synów. Z czcią i dziwnem uczuciem głębokiego pietyzmu będą patrzyli na czcigodne mury Wszechnicy Batorowej, która ongiś, w dobie porozbiorowej, tak świetnym promieniała blaskiem.

Nie jest też przypadkiem, że w wolnej Polsce pierwszy Zjazd internistów polskich w Wilnie się odbywa; żyją w niem tradycje pięknej epoki współczesnych Jędrzeja Śniadeckiego.

Niezwykle obfity program naukowy Zjazdu obecnego świadczy, że V. Zjazd internistów polskich rozmiarami swemi przewyższy poprzednie, a jako wynik pracy i myśli będzie istotnie nową cegiełką w budowie naszej Kultury.

Zjazdowi szczęść Boże w tej pracy!.

Redakcja.

Prace oryginalne.

Dr. Olgierd KRUKOWSKI. Lwów.

O stosowaniu seroterapji swoistej w durze plamistym.

Z oddz. chor. zak. państw. Szpit. (prym. Dr. W. Arnold).

Problem stosowania seroterapji w durze plamistym różnorodnie jest traktowany. Już Nicolle i Blaizot zastosowali w durze plamistym surowicę osła uodpornionego krwią i zawiesinami ze śledziony oraz nadnercza świnki morskiej, zakażonej jadem duru plamistego. Pacewicz w celu otrzymania leczniczej surowicy uodparniał konia krwią ludzi chorych na dur plamisty. Triodin zaś, zastosowując surowicę Pacewicza w postaci podskórnych zastrzyknięć, w ilości 25—125,0, otrzymał dodatnie wyniki. Złotogorow bierze surowicę od chorych, po 2—12 dniach po spadku ciepłoty i unieczynnioną wstrzykuje podskórnie w ilości 15—30,0 jednorazowo, powtarzając ten zabieg po upływie 24—48 godzin. Kuczyński, pragnąc otrzymać surowicę leczniczą, uodparnia różne zwierzęta przy pomocy osłabionych hodowli swego zarazka duru plamistego.

Szereg lekarzy stosował w celu leczniczym surowicę swoistą ozdrowieńców, lub też chorych na dur plamisty, otrzymując naogół pomyślne wyniki. U nas Kraskowski otrzymywał surowicę od ozdrowieńców przeważnie we 2—3 tygodnie po przesileniu i zastosowywał u chorych na dur plamisty podskórnie, w dawkach 2,0—4,0 jednorazowo. Otrzymane wyniki pozwalają mu uważać seroterapję za wielce skuteczną broń w walce z durem plamistym. Bandrowski zaś zastosował w 38 przypadkach duru plamistego autoseroterapję i otrzymał wyniki, o których powiada z entuzjazmem, że były »bardzo dobre, a w niektórych przypadkach wprost frapujące«. Równocześnie Sterling-Okuniewski sceptycznie traktuje problem stosowania surowicy w durze plamistym; Grek zaś wysnuwa nawet wnioski, że »surowica ozdrowieńców nietylko nie ma żadnego dodatniego działania (stosowana dożylnie i śródmięśniowo), lecz owszem sprowadzić raczej może złe następstwa«.

Otrzymanie tak sprzecznych wyników przy stosowaniu seroterapji w durze plamistym pobudziło mnie do dalszych prób w tym kierunku.

Autoseroterapję zastosowałem w 15-tu przypadkach duru plamistego, wybierając co najpoważniejsze i te, które nie przekroczyły 8—10 dnia choroby połączone z utratą przytomności i słabym, nikłym pulsem, znacznie przyśpieszonym.

Wiek chorych wahał się od 23 lat do 65-ciu, a mianowicie: w wieku 23—30 było 2; w wieku 30—40 było 4; w wieku 40—50 było 4; w wieku 50—60 było 3; powyżej 60-ciu lat 2.

Znaczna część z liczby tych chorych z powodu podniecenia musiała być początkowo umieszczoną w łóżku z siatką, jeden zaś w przystępie szału rozbił szybę w oknie. Surowicę stosowałem zwykle 2—3 razy u chorego, raz jeden w ciągu doby, w dawkach 5,0—20,0. Dla uniknięcia zapadu, spostrzeganego kilkakrotnie przez Greka, łączyłem surowicę ze strychnin.-nitric. po 0,001 każdorazowo. Po zastrzyknięciu początkowo można było zwykle zauważyć po upływie 3—4 godzin pewne krótkotrwałe podniesienie ciepłoty, lecz już po upływie 18—24 godzin następowała zniżka i ogólne polepszenie stanu chorego. Puls znacznie się poprawiał co do jakości i ilości, spadając do 76—96 uderzeń; chorzy się uspakajali i mogli być ułożeni w łóżkach, nie zabezpieczonych siatką, naogół odzyskiwali przytomność i bez oporu przyjmowali posiłek.

Jeśli skrócenie przebiegu choroby nie zawsze dawało się wykazać, to w każdym razie cały przebieg infekcji duru plamistego był znacznie łagodniejszy i nasilenie ciepłoty mniejsze. Należy zauważyć, że moment zastosowania autoseroterapji w przebiegu duru plamistego był punktem zwrotnym ku polepszeniu. Przy takiem stosowaniu autoseroterapji w łączności ze strychnin. nitric. ani razu nie obserwowałem zapadu i nie straciłem ani jednego chorego.

Pozwolę sobie przytoczyć kilka z pośród ostatnich przypadków. L. 4180. Dnia 13. marca 1923 r. Chory J. K. l. 62, grabarz wiejski, dostawiony na oddział nieprzytomny z wybitnie wyrażoną krwiotoczną osutką, z sinicą kończyn. Zęby kurczowo zaciśnięte, uporczywie odmawia przyjmowania posiłku. T. 39,4; puls 130, nikły, drobny. Majaczy, jest niespokojny.

14. III. T. 39, puls 128. Stan ogólny bez zmiany. Dostaje śródżylnie 10,0 autosurowicy ze strychnin. nitric. 0.001.

Wieczorem się lekko poci. 15. III. T. 38,3, puls 98, napięcie lepsze. Przytomny, pokarm przyjmuje. Dostaje śródżylnie 10,0 autosurowicy ze strychnin. nitr.

16. III. T. 37,5—36,8, puls 76—74 pełny i równy.

17. III. Następuje szybkie ozdrowienie.

L. 4855. Dnia 27. marca. Chora A. U. l. 48, zaraziła się, pielęgnując chorych na dur plamisty, osoba bardzo otyła, napół przytomna. Osutka nieznaczna na szyi i na górnej części pleców oraz klatki piersiowej. Na nogach rozległe żylaki. Język suchy, obłożony. W płucach bronchit. T. 39,5—40,3, puls 112—116, drobny o słabym napięciu.

28. III. T. 40,1, puls 114. Weil-Felix słabo dodatni. Stan bez zmiany. Osutka pojawiła się na całych plecach, na brzuchu i górnej części ramion. Chora dostaje śródżylnie 10,0 autosurowicy ze strychnin. nitric. 0.001.

Wieczorem lekko poci się. T. 40,0.

29. III. T. 39,3, puls 195, pełny i równy, chora przytomna. Dostaje śródżylnie 10,0 autosurowicy ze strychnin.

nitric. Po południu o godz. 2-giej T. 40,3, puls 110. Wieczorem o godz. 9-tej chora lekko spocona. T.39,6, puls 104.

30. III. T. 39,6, puls 96, osutka znika, ogólny stan chorej dobry. Dostaje śródżylnie 10,0 autosurowicy ze strychinin. nitric. Wieczorem T. 39,0, puls 94.

31. III. T. 37,8—37,3, puls 75—64. 1. IV. T. 37,2—37,3, puls 66—68. 2. IV. T. 36,3—36,4, puls 62. Chora ma apetyt i wybiera się do domu.

W danym przypadku nastąpiło znaczne skrócenie przebiegu choroby.

L. 3968. Dnia 8. marca 1923 r. Chory D. M., lat 24. Nieprzytomny, osutka wybitna. T. 40,6, puls 128, słaby, nikły i drobny. W nocy zachowuje się niespokojnie, tak, że trzeba go było umieścić w łóżku z siatką i skrępować.

9. III. 23 r. T. 40,2, puls 120. Otrzymuje śródżylnie 15,0 autosurowicy ze strychnin. nitric. 0,001. Wieczorem T. 39,8, puls 120. Noc przechodzi spokojnie.

10. III. 23 r. T. 39,7, puls 116. Chory spokojny. Otrzymuje śródżylnie 15,0 autosurowicy ze strychnin. nitric.

11. III. 23 r. T. 38,6, puls 96. Chory przytomny. 12. III. 23 r. T. 37,8, puls 86 równy i pełny. Stan chorego dobry. 13. III. 23 r. T. 37,2—37,0, puls 74. Następuje szybka poprawa, chory został wypisany dnia 23. III. 1923 r.

Oprócz surowicy własnej ze strychnin. dalej nitric., coffein. natr. salicylic. (1 : 150) oraz ol. ricini w razie potrzeby, żadnych innych środków u chorych nie stosowano.

Co się tyczy seroterapji swoistej, to w celach leczniczych używałem surowicy królików uodpornionych czystym zarazkiem duru plamistego. Mianowicie: w instytucie biologji ogólnej prof. Weigla uodpornialiśmy na razie króle zawiesiną Rickettsyj Prowazeki, otrzymywanych drogą passaży we wszach ludzkich. Wszy zakażone na chorych, później w formie dalszych passaży, karmiłem na sobie w znacznej ilości i w ten sposób otrzymaliśmy dostateczny materjał dla naszych badań nad durem plamistym. Dla uodporniania króli użyliśmy od 25—30 passaży Rickettsyj Prowazeki.

Dla uodpornienia jednego z króli zużyliśmy 318 wszy silnie zakażonych. Wstrzykiwaliśmy zawiesinę z żywych Rickettsyj Prowazeki w płynie fizjologicznym, otrzymaną z wypreparowanych jelit wszy zakażonych i zbadanej równocześnie na jałowość. Stosowaliśmy pięciokrotnie dawki zawiesiny, powoli wzrastającej od 25—100 wszy w dziesięciodniowych odstępach czasu.

Drugi król dostał zawiesinę rickettsjową poprzednio zabitą przy T. 56. w ciągu pół godziny.

W tym celu zużyliśmy 340 wszy.

We dwa tygodnie po ostatniej dawce przy dodatnim odczynie Weil-Felixa w rozcieńczeniu (1 : 600), u uodpornionych króli została pobrana krew jałowo i w zamian wprowadzone czerwone ciałka krwi normalnych królików.

W ten sposób otrzymaną surowicę po dodaniu do ½ % fenolu wstrzykiwałem śródmięśniowo trzem chorym na dur plamisty od 8—10 dnia choroby, wybierając przypadki o poważnym przebiegu infekcji. Jednorazowa dawka wynosiła 4,0, powtarzałem ją dwukrotnie, raz jeden dziennie.

Nie mogę powiedzieć, by ta surowica wywarła wpływ specyficznie dodatni na przebieg choroby. Skąpa ilość doświadczeń nie pozwala wysnuwać ostatecznych wniosków, a szczególnie wnioskować, czy zachodzi jaka różnica w działaniu surowic obu króli. W tym czasie mieliśmy 48 przypadków duru plamistego, z pośród których w 18 stosowałem seroterapję. Z liczby przypadków nie leczonych przy pomocy seroterapji dwa skończyły się śmiercią przed upływam 48 godzin od chwili przybycia na oddział, co daje ogólnie 4,17% śmiertelności.

Zbierając powyżej przytoczone fakty możemy zaznaczyć, że:

1. O ile ograniczona ilość naszych doświadczeń pozwala wnioskować, autoseroterapja stosowana u ludzi w durze plamistym wywiera wpływ dodatni na cały przebieg choroby i jako taka, może być zalecona.

2. Zastosowanie seroterapji swoistej jest jeszcze całkowicie uzależnione od praktycznego sposobu otrzymywania odpowiedniej surowicy, innemi słowy surowicy zwierząt uodpornionych Rickettsjami Prowazeki.

Piśmiennictwo.

1. J. Grek: Gazeta Lekarska 1922. N. 33. i 34. 2. Sterling-Okuniewski: »Dur wysypkowy«. R. 1917. 3. Antoni Kraskowski: »Próby leczenia chorych na dur wysypkowy surowicą ozdrowieńców«. Przeg. Lek. 1920. N. 36, 39. 4. Bandrowski: »Pierwsze doświadczenia z nowym środkiem leczniczym w tyfusie plamistym«. Lwów 1917. 5. Przegląd Epidem. T. I. 24. Prof. Dr. R. Weigl: »Badania nad Rickettsią Prowazeki«. 6. Sprawozdanie ze zjazdu bakter. i epidem. Moskwa 1919.

Eufemjusz HERMAN. Warszawa.

Zniesienie odruchów ścięgnowych w przypadku parkinsonizmu po zapaleniu nagminnem (śpiączkowem) mózgu.

Z oddziału chorób nerwowych szpitala na Czystem w Warszawie (E. Flatau).

Jakkolwiek t. zw. śpiączkowe zapalenie mózgu (*encephalitis lethargica*) jest bardziej znane wogóle dopiero w latach ostatnich, to jednak dzięki swemu nagminnemu charakterowi, rozpowszechniło się ono tak bardzo, że symptomatologja zarówno samego schorzenia, jak i stanów następczych, mogła być w tak krótkim czasie opracowana do szczegółów najsubtelniejszych. Mimo wszystko, napotykamy także jeszcze obecnie pewne objawy niezwykłe, które należy notować dla uzupełnienia obrazu klinicznego tego cierpienia.

W myśl powyższego ogłaszamy pokrótce nasze spostrzeżenia.

Chora S. P., lat 21, przybyła na oddział 10. VI. 1922. Wywiady: Zamężna od 3 lat. W miesiąc po ślubie zapadła na »śpiączkę«. Przez pierwsze 6 tygodni przeważnie spała; budzona, jadła niechętnie i natychmiast zapadała w sen. W łóżku pozostawała przez 3 miesiące, poczem zauważyła, iż ruchy dowolne są zwolnione i utrudnione. Przez następne pół roku sen był niedostateczny, spóźniony, chora zasypiała dopiero nad ranem. Potem przez krótki okres czasu czuła się lepiej, była wówczas w ciąży, lecz pod koniec ciąży nastąpiło znaczne pogorszenie. Przed rokiem urodziła zdrowe dziecko. Karmiła sama. Po porodzie czuła się znowu lepiej, pracowała. Obecnie jest w V-ym miesiącu ciąży. Ostatnio, od kilku tygodni, znacznie się wzmogła sztywność ciała. Pracować zupełnie nie może. Z ust cieknie ślina. Chora uskarża się, że przy wszelkich ruchach dowolnych, szczególnie połączonych z pewnym wysiłkiem, występuje drżenie, które uniemożliwia składne wykonywanie rękoczynów. Nadto podaje, że przy staniu i siedzeniu doznaje uczucia pociągania naprzód lub do tyłu, a wówczas przeciwdziała temu przez nachylanie się w stronę przeciwną.

Z chorób przebytych matka chorej wymienia: w 1-ym roku życia — krztusiec, w 7-ym roku — błonicę, którą przebyła bez żadnych powikłań, po 2 tygodniowem trwaniu choroby. W szczególności chora nie odczuwała żadnych bólów w kończynach; chodziła po chorobie zupełnie dobrze.

Chorób wenerycznych nie przechodziła, alkoholu nie używała. Żadnego obarczenia dziedzicznego niema. Rodzeństwo zdrowe.

Stan obecny.

Wyraz twarzy maskowaty, skóra lśniąca, łojowa, usta nawpół otwarte, z kąta ust cieknie ślina. Szpary oczne szeroko rozwarte, mruganie powiek rzadkie, co 15—20' (Objaw Stellwaga). Przy wszelkich ruchach powiek, a szczególnie przy próbie zaciśnięcia ich występuje bardzo wybitne drżenie, nie ustające nawet gdy powieki są najszczelniej i z największym wysiłkiem zaciśnięte. Drżenie to nie występuje samorzutnie, t. zn. gdy powieki są rozwarte i znajdują się w spokoju. Również brak go przy rozwieraniu powiek, natomiast z reguły zjawia się ono przy ich zamykaniu. Objaw trzepotania powiek (Zylberlast-Zandowej) przy odruchu ocznym wyraźnie zaznaczony. Drżenie wybitne występuje również w języku i w podbródku.

Gałki oczne samorzutnie mało ruchome, ustawione przeważnie w pozycji nawprost; przy patrzeniu w bok chora odwraca jednocześnie głowę. Ruchy boczne oczu przerywane, powolne, podobne są do ruchów ocznych u lalek. Drżenia gałek istotnego brak. Przy patrzeniu zbieżnem prawa gałka oczna niedostatecznie się ustawia. Źrenice nierówne, prawa szersza od lewej, lewa nieco zniekształcona. Na światło oddziaływają niedostatecznie, na przystosowanie sprawnie.

Siła wzroku oka prawego — 5/6; lewego — 1. Pole widzenia bez zmian. Barwy rozpoznaje dobrze. Mroczków — brak. Dno oczu — bez zmian. Odruch nosowopodbródkowy Simchowicza[1]) bardzo żywy, jednakowy z obu stron. Ze strony pozostałych nerwów czaszkowych zmian chorobowych nie stwierdza się.

Odruchy:

Okostnowe — słabe, z m. trójgłowego — słabe, brzuszne szybko się wyczerpują, kolanowe — zniesione obustronnie, ze ścięgna Achillesa — zniesione obustronnie, podeszwowe — zgięcie stopowe (Babiński — ujemny), odruchu Rossolimo — brak, odruchu Mendel-Bechterewa — brak.

---

[1]) Simchowicz T., Polska Gazeta Lekarska 1922.

Badanie odruchów kolanowych i ze ścięgna Achillesa w kąpieli czterokomorowej oraz w kąpieli ciepłej wykazało również zupełny ich brak. Podobnie przy użyciu sposobu Jendrassika, Króniga, Kronera i innych nie udało się stwierdzić nawet śladu tych odruchów.

Czucie wszelkiego rodzaju (dotyku, bólu, głębokie, ciepłotne) zachowane prawidłowo. Tak samo siła mięśniowa kończyn. Napięcie mięśniowe w dolnych kończynach nieco wzmożone. Sprawność ruchowa kończyn zachowana, chociaż ruchy czynne, szczególnie kończyn górnych są naogół zwolnione. Wykonywanie dłonią szybkich ruchów odwracania i nawracania niezgrabne i powolne, jakgdyby dłonie o coś się zahaczały.

Przy próbie palcowonosowej lub piętowokolanowej nie widać ani bezładu, ani dysmetrji. Brak synkinezji przy ruchach czynnych. Naśladownictwo ruchów zawiłych zachowane, ruchy są przytem powolne. Chód powolny, ciało czyni przytem wrażenie jednolitego bloku; sztywne są szczególnie tułów i głowa.

Przy chodzeniu kończyny górne zwisają wzdłuż tułowia, nie wykonywując normalnego balansowania. Przy badaniu nie stwierdza się drżenia ani w spokoju, ani przy wykonywaniu zleceń, wbrew uczuciu drżenia, na jakie skarży się chora w wywiadach. Pro i retropulsio. Objawy skurczu rozciągowego mięśni przeciwniczych karku i podudzia.

Mowa monotonna, przyciszona. Podczas mówienia mało otwiera usta, ruchy warg przypominają przytem szept. Połykanie i żucie prawidłowe. Oddawanie moczu i stolca bez zaburzeń. Inteligencja zachowana. Bierność uczuciowa. Bolesności pni nerwowych nie stwierdza się. Objawu Lasègue'a niema. Badanie pobudliwości elektrycznej wykazuje zachowane oddziaływanie z nerwów i mięśni zarówno na prąd przerywany, jak i stały. W narządach wewnętrznych zmian niema. Odczyn Pirqueta ujemny.

Badanie ginekologiczne wykazało: Dno macicy na wysokości pępka (koniec V-go miesiąca ciąży macicznej). Zewnętrzne narządy płciowe o zabarwieniu fioletowem. Szyjka maciczna rozpulchniona; rozdarcie szyi po str. prawej (po porodzie).

Upławy białe, niegryzące, w ilości skąpej.

Badanie cytologiczne krwi w dniu 21. VI. wykazało:

Liczba ciałek białych w 1 mm³ — 4.500, czerwonych — 4,000.000, Hemoglobiny — 50% (Sahli). Wielojądrzastych obojętnochłonnych — 64%, jednojądrzastych — 31%, przejściowych — 5%, eozychłonnych — 0%. 14. VI. dokonano nakłucia lędźwiowego:

płyn mózgowordzeniowy — przeźroczysty, ciśnienie niewzmożone. Odczyn Nonne-Apelta ujemny. Pleocytozy brak. Odczyn Bordet-Wassermanna we krwi i płynie mózgowordzeniowym dał wynik ujemny.

29. VI. Zastrzyknięto dożylnie celem prowokacji 0,3 neosalwanu. 4. VII. — powtórnie 0,3 neosalvanu. 6. VII. Zbadano krew na odczyn BW z wynikiem ujemnym. 11. VII. Odczyn BW badany we krwi po raz trzeci wypadł ujemnie. 12. VII. Zbadano krew męża na odczyn BW z wynikiem ujemnym. Już po wypisaniu się chorej ze szpitala celem ponownego sprawdzenia dalszego przebiegu zbadano chorą ambulatoryjnie w dniu 13. IX. 22. r.

Chora w ostatnim miesiącu ciąży. Ogólny stan znacznie się pogorszył. Twarz wybitnie maskowata, ślinotok znaczny. Ruchy b. powolne, sztywne, urywane. Drżenie kończyn, szczególnie górnych.

Odruchy kolanowe i ze ścięgien Achillesa zniesione zupełnie. Badanie neurologiczne pierwszego dziecka chorej wypadło ujemnie. Brak wszelkich zaburzeń, szczególnie jakichkolwiek objawów, wskazujących na możliwość przebycia zapalenia mózgu. Odruchy ścięgnowe u dziecka zachowane.

Badanie chorej w listopadzie 22. r., a więc już po przebytym drugim porodzie, wykazało dalszy rozwój objawów parkinsonowskich. Odruchy ścięgnowe z kończyn dolnych w dalszym ciągu zniesione.

Z przytoczonej historji choroby okazuje się, że u chorej z wyraźnym zespołem Parkinsona po przebytem przed 3 laty nagminnem zapaleniu mózgu brak jest zupełnie odruchów ścięgnowych na kończynach dolnych.

Nie poruszam narazie najważniejszej w danym przypadku sprawy, t. j. stosunku pomiędzy zanikiem odruchów ścięgnowych a chorobą podstawową; w celu jednak rozpoznania różniczkowego należy wyłączyć mogące tu wchodzić w rachubę sprawy chorobowe, a więc przedewszystkiem wiąd rdzenia i zapalenie wielonerwowe. Pierwsza z tych spraw (wiąd rdzenia) wydawać się mogła prawdopodobną, tembardziej, że obok zupełnego braku odruchów ścięgnowych na kończynach dolnych, wystąpiły zaburzenia ze strony źrenic pod postacią nierówności, niedostatecznego oddziaływania na światło oraz zniekształcenia zarysów lewej. Dlatego też dokonaliśmy przedewszystkiem badania krwi chorej na odczyn BW i to niejednorazowo, lecz trzykrotnie, wstrzykując uprzednio dożylnie celem t. zw. prowokacji po 0,3 neosalvanu. Za każdym razem wynik odczynu BW wypadał ujemnie. Badanie płynu mózgowordzeniowego dało wynik zarówno pod względem cytologicznym, chemicznym, jakoteż serologicznym ujemny. Dokonaliśmy prócz tego badania krwi męża na odczyn BW również z wynikiem ujemnym. Na podstawie tych danych oraz zupełnego braku bólów, charakterystycznych dla tego cierpienia, można było wyłączyć wiąd rdzenia. Co się tyczy drugiego z wymienionych schorzeń (*polyneuritis*), to wywiady nie wskazywały żadnych ze znanych czynników etjologicznych bądź toksycznych bądź infekcyjnych. Zresztą nie mieliśmy żadnych innych objawów, wskazujących na przebyte zapalenie mnogich nerwów, jak bóle samoistne, bolesność pni nerwowych i mięśniowych, zaburzenia czucia, zaniki mięśniowe, zmiany w oddziaływaniu mięśni i nerwów na prąd elektryczny, aczkolwiek dla ścisłości dodać wypada, że zanik odruchów ścięgnowych może długo przetrwać wszystkie inne objawy omawianego cierpienia. Pomijam wreszcie wrodzony brak odruchów ścięgnowych, jako rzecz nader rzadką i pozostającą dotąd pod znakiem zapytania.

Pozostaje więc powiązać ów zanik odruchów ścięgnowych u naszej chorej z cierpieniem podstawowem (zapaleniem nagminnem mózgu).

W ostrym okresie nagminnego zapalenia mózgu odruchy ścięgnowe zachowywać się mogą różnorodnie. Mogą one pozostać normalne, niekiedy są wzmożone, wreszcie, w przypadkach nader rzadkich, bywają zniesione, lecz powracają zazwyczaj po pewnym okresie czasu.

W przypadku Economo[2]) odruchy Achillesa wróciły po miesiącu, u Gosset'a i Gutmann'a[3]) znikły, a następnie powróciły odruchy ze ścięgna Achillesa, u Achard'a, Leblanc'a i Rouillard'a[4]); u pierwszego chorego odruchy ścięgnowe powróciły po 2 dniach, u drugiego, młodego chłopaka, zniesione początkowo odruchy ścięgnowe powróciły po tygodniu, wreszcie u trzeciej chorej znikł odruch ze ścięgna Achillesa jednej strony i wrócił po 15 dniach. Z materjału oddziałowego przytoczyć możemy 2 przypadki.

Jeden z nich (B. W.) dotyczył 18 l. dziewczyny z wybitnemi ruchami myoklonicznopląsawiczemi, zwłaszcza w mięśniach brzucha (*danse du ventre*). U tej chorej stwierdzono obok braku odruchów brzusznych osłabienie odruchów ścięgnowych w lewej kończynie dolnej (chora zmarła po 6 tyg. trwaniu choroby).

Przypadek drugi (Ch. K.) dotyczył 30 l. kobiety, u której stwierdzono również, obok braku odruchów brzusznych, osłabienie odruchów ścięgnowych na kończynach dolnych.

Uważamy za stosowne wspomnieć, że w ostrym okresie zapalenia nagminnego mózgu mogliśmy stwierdzić wcale nierzadko brak lub osłabienie odruchów brzusznych. Śród 27 np. chorych na nagminne zapalenie mózgu znaleźliśmy u 9 słabe, u 3 — brak, u 1 — brak jednostronny i u 1 — nierówność odruchów brzusznych.

Brak odruchów ścięgnowych w przebiegu ostrego okresu zapalenia nagminnego mózgu obserwowali Stiefler[5]), Pergher[6]), Pierfrancesco[7]), Guillain[8]) i inni.

Guillain na podstawie własnych trzech przypadków z zejściem śmiertelnem z brakiem odruchów ścięgnowych, uważa znikanie tych odruchów za zły znak prognostyczny. Economo przypisuje ten brak odruchów ścięgnowych w zapaleniu nagminnem mózgu zmianom w rogach przednich, a jakby potwierdzeniem tego przypuszczenia są badania Gerlacha[9]), który znalazł nacieczenie dokoła naczyń szarej istoty rdzenia, sięgające aż do opony.

---

[2]) Economo. Wien. klin. Woch. N. 16/97.
[3]) Gosset A. et R. A. Gutmann. Bull. et. mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris. 1924. N. 37. p. 674—761.
[4]) Achard, Leblanc, Rouillard. Rev. Neur. 1920, N. 6. p. 558.
[5]) Stiefler G. Wien. klin. Woch. 1920, N. 11.
[6]) Pergher L. Ref. Neur. Centr. 1920.
[7]) Pierfrancesco T. Riforma med. XXXVI. 1920, N. 6. (ref. Neur. Centr. 1920).
[8]) Guillain. Presse Med. N. 17, 1920.
[9]) Gerlach W. Berl. klin. Woch. 1920, N. 25.

Skądinąd znowu obserwowano rzadkie dość przypadki, analogiczne do zapalenia nerwów, w których wogóle zapalenie nagminne mózgu rozpoczęło się jako zapalenie mnogich nerwów (Kennedy Foster)[10]), oraz częstsze przypadki powikłania zapalenia nagminnego mózgu zapaleniem wielonerwowem (Heiss[11]) i inni. Słowem, odruchy ścięgnowe w zapaleniu nagminnem mózgu mogą być zniesione, przeważnie atoli wracają one jeszcze w czasie trwania choroby, pomijając oczywiście powikłania pod postacią zapalenia wielonerwowego pochodzenia toksycznobakteryjnego, gdzie brak odruchów może przetrwać okres ostry choroby.

Inaczej rzecz się ma z odruchami ścięgnowemi u dotkniętych parkinsonizmem po zapaleniu nagminnem mózgu. U chorych tych stwierdza się, jeśli nie wzmożone, to w każdym razie dość żywe odruchy ścięgnowe. Stwierdził to Souques[12]), a prócz niego Brissaud, Alquier, Carrayron i Boucher[13]).

Tak samo w 7 przypadkach zespołu Parkinsona po zapaleniu mózgu znaleźli Lhermitte i Cornil[14]) żywe odruchy ścięgnowe, przyczem autorowie ci zwracają uwagę, że odruchy u takich chorych, w przeciwstawieniu do odruchów polykinetycznych u chorych cierpiących na porażenie kurczowe oraz odruchów wahadłowych *(reflexe pendulaire)* w schorzeniach móżdżku, składają się ze skurczu dość nagłego po którym następuje rozkurcz powolny, dzięki czemu odcinek kończyny wolno powraca do swego pierwotnego położenia.

Odmiennie brzmią relacje innych autorów, jak n. p. Mendl'a, Malaisé, Forster'a, Graffner'a[15]), którzy uważają, że odruchy ścięgnowe, a szczególnie ze ścięgna Achillesa, są w parkinsonizmie często zniesione. Wertheim-Salomonson[16]), nawiązując do opisanego przez niego jeszcze w r. 1899 przypadku choroby Parkinsona i wiądu rdzenia, wypowiada przypuszczenie, że brak odruchów w niektórych przypadkach parkinsonizmu obok innych zaburzeń charakteru wiądowego, należy uważać za wynik zmian okołonaczyniowych (*sclérose perivasculaire*) w słupach tylnych, analogicznie do zmian w zwojach podstawowych mózgu, jakie znaleźli Wenhler-Menuhat i Ramssay Hunt[17]). Na tej podstawie autor ten obejmuje przypadki takie nazwą *tromoparalysis tabioformis* (*c. dementia*[18]).

Myśmy na 56 chorych z wybitnym zespołem Parkinsona pośpiączkowego mogli stwierdzić: u 21 chorych odruchy ścięgnowe, szczególnie rzepkowe — żywe, niekiedy wzmożone; u 6 chorych stwierdziliśmy objaw Jacobsohna, u 4 zaznaczony objaw stopy drgawkowy (również u 2 chorych w ostrym okresie choroby), u 12 były normalne jedne z odruchów (przeważnie AR), natomiast żywe lub wzmożone inne odruchy (kolanowe), wreszcie u 13 — wszystkie odruchy ścięgnowe były umiarkowane. W żadnym przypadku odruchy ścięgnowe nie były zniesione, w jednym tylko przypadku odruchy ze ścięgna Achillesa były słabe.

Faktem jest, jak wynika z niniejszego przyczynku, że brak odruchów ścięgnowych, który nie należy do typowego zespołu parkinsonizmu pośpiączkowego, może zdarzyć się w rzadkich przypadkach. Wynika więc z tego, że pomimo wybiórczego działania zarazków »śpiączki« (nagminnego zapalenia mózgu) na wielkie zwoje podstawowe mózgu, mogą ulegać chorobie i inne okolice układu nerwowego, za czem przemawiają pomiędzy innemi znane przypadki jednoczesnego zapalenia mózgu i rdzenia *(encephalomyelitis)*. Czy zaś zachodzą tutaj zmiany w rogach przednich, jak to przypuszcza Economo, czy też w słupach tylnych (Wertheim-Salomonson), czy w miejscu wejścia korzeni tylnych do rdzenia, czy wogóle w neuronach obwodowych łuku odruchowego, trudno jest obecnie orzec z całą stanowczością wobec zbyt szczupłego odnośnego materjału histopatologicznego.

[10]) Foster Kennedy. Americ. Journ. of the med. Sciences Bd. 163. N. 1, 1922.
[11]) Heiss. Zur Symptomatologie der neurocerebralen Grippenformen.
[12]) Souques M. A. Rev. Neur. N. 6. 1921.
[13]) cyt. u Souques.
[14]) Lermitte J. et Cornil L. Revue Neurol. 1921. N. 6.
[15]) Przyt. u M. Wertheim-Salomonson'a. Rev. Neur. 1921, N. 6. p. 683.
[16]) l. c.
[17]) l. c. Wertheim-Salomonson.
[18]) l. c. Wertheim-Salomonson.

Doc. Dr. Henryk SOCHAŃSKI, asystent kliniki. Lwów.

Rzut oka na stosunek gruczołów dokrewnych do schorzeń narządów wewnętrznych *).

Z kliniki chorób wewnętrznych we Lwowie. Dyrektor: Prof. Dr. R. Rencki.

W pracy poprzedniej zestawiłem fakta, odnoszące się do zależności zaburzeń w czynności narządów wewnętrznych od układu nerwowego wegetatywnego. Podkreślałem wartość własności osobniczych w przyjściu do skutku różnych zjawisk ustrojowych. Wspomniane własności ujawniają się tak często, iż indywidualizowanie jest w każdym przypadku koniecznym warunkiem. Weźmy choćby działanie pewnych leków, a odnosi się to także i do wegetatywnych drażników. O tem, że np. pilokarpina działa mocniej, niż normalnie, można wnosić jedynie z sumarycznego zestawienia wszystkich objawów, a nigdy z jednego (osobnicze wahania ślinotoku mogą nawet przekraczać przeciętną miarę swej amplitudy 1·3—1·7 c³/kg, stosunek saliwacji do potów może być bardzo różny. Atropina znów w minimalnych dawkach bywa dla niektórych nawet wagotoniczną, jest normalnie użyta wybitnym lekiem wagoparalitycznym, choć nie zawsze w równym stopniu, a co szczególne, nie jest pozbawiona wpływu i na układ współczulny, o ile jest mniej wartościowy. Skłonność do przedrażnienia wsp. układu zdaje się ujawniać się normalnie dopiero po wielkich dawkach; przy mało wartościowym systemie współczulnym możliwem to jest przy użyciu małych ilości środka. Adrenalina jest substancją typowo sympatykotoniczną i to wprost proporcjonalnie do wartościowości biologicznej układu sympatycznego, niepozbawioną przytem działania na system nerwu błędnego, o ile znajdzie się grunt podatny w założeniu a urobiony w tym kierunku przez sumę czynników, wśród których gruczoły dokrewne nieposlednią grają rolę. System nerwowy animalny i gruczoły dokrewne wraz z układem n. wegetatywnym, to całość, będąca aparatem kierowniczym osobniczego życia każdego człowieka. Wypowiadano zdanie, iż życie każdego nastawione jest na pewien okres czasu, a nastawienie to zależy od jakości wspomnianego aparatu kierowniczego. Sprawy stosunku swoistej energji własnej ustroju, energji odziedziczonego impetu życiowego, ilościowo może jeszcze niedostępnej oddzielnemu badaniu, energji tkwiącej w systemie gruczołów wkrewnych oraz w układzie nerwowym, do olbrzymiego strumienia energji zewnętrznej, utajonej w pokarmach, przepływającej przez organizm, aby pod kierunkiem żywej struktury wyzwolić się dla pędzenia spraw życiowych — nie śmiem poruszać bliżej, póki nie będzie dostatecznie roztrzygnięta przez współczesny kierunek dociekań kwestja stosunku istoty energji do budowy materji.

Przechodzę do właściwego tematu. Cel mej pracy podałem w tytule. Nie chcę przedstawiać w szczegółach tego niesłychanie zawiłego labiryntu, pragnę tylko podać w nim czytelnikowi drogowskaz, odnosząc go, o ile chodzi o szczegóły, do prac Bauera, Biedla, L. Korczyńskiego i wielu innych.

Wiemy, że zespół gruczołów dokrewnych, zawsze jest czynny jako całość. Mimoto istnieją pewne cechy, właściwe czynności tych gruczołów, które mają typowe, do innych niezbliżone działanie i dają się stąd rozpoznać, o ile przestają dostrajać się do reszty systemu hormonopoetycznego. Cechy somatyczne badanego osobnika, szczegóły z biologicznej czynności jego narządów, czy też układu wegetatywnego, odrazu zaznaczają nam pewne inkretoryczne zaburzenia. W ten sposób można dla każdej dyshormonji wykreślić formułę określającą poniekąd jej jakość i główny udział w niej pewnych gruczołów dokrewnych. Znaną jest rzeczą, że dyshormonie są tłem dla pewnych chorób i stąd można dla nich, względnie ich grup, podać jakość tego tła w postaci rodzaju danego

*) Oddane do druku w październiku 1922.

inkretorycznego zaburzenia. Już sam wygląd i zachowanie się chorego lub też każde z nich oddzielnie może zwrócić uwagę na stale lub chwilowo dominujący wpływ pewnych gruczołów na jego ustrój. Szczegółowe badanie pozwala na utwierdzenie ściślejszych danych w tym kierunku. Nie chcąc odbiegać zbytnio od głównego tematu, pomijam tu znane powszechnie szczegóły w odniesieniu do typowych cech ogólnych poszczególnych dyshormonij i przystępuję do zwięzłego naszkicowania zależności tych ostatnich od tak zwanego tła, na którem zjawiają się różne choroby organów wewnętrznych.

1.

Stosunek schorzeń narządu oddechowego do systemu gruczołów dokrewnych nie zawsze jest łatwy do określenia, ale mimoto można zauważyć na podstawie spostrzegania dużej liczby przypadków, pewną ich łączność. I tak usposabia mierna (nie nadmierna!) nadczynność tarczycy z pewnem niezbyt zaakcentowanem wzmożeniem funkcji grasicy, względnie gruczołów biologicznie jej pokrewnych, do gruźlicy płuc, zwłaszcza u osobników płciowo rozwijających się, czy też już rozwiniętych, ze słabym w założeniu, choć pobudliwym, a łatwo nużącym się układem chromochłonnym. Przewlekłe sprawy nieżytowe dróg oddechowych natrafiają na lepsze podłoże w organizmach, zostających pod wpływem grasicy, nie skłonnych do typowej gruźlicy płucnej, a raczej do gruźlicy innych narządów. Rozszerzenia oskrzeli workowate są udziałem głównie osobników ze skłonnością do przewlekłych nieżytów oskrzeli, cylindryczne mogą powstawać na różnem tle, a stąd mogą mieć podkład zbliżony do poprzednich albo też wynikać z hypotonji zwężaczy oskrzeli na tle chromaffinozy. Ostro występujące sprawy zapalne w narządzie oddechowym widzi się dość często u ludzi z zaznaczoną przewagą układu chromochłonnego, u których krupowe zapalenie płuc jest częstsze niż u osobników innego typu. Dychawica oskrzelowa powstaje na rozmaitem tle (nadczynność grasicy, niedomoga tarczycy, układu chromochłonnego i gruczołów przytarczykowych, dysfunkcja gruczołów płciowych i przysadki mózgowej.) Rozedma płuc może być następstwem małej odporności albo zmian naczyniowych, względnie troficznych, albo nieprawidłowego napięcia muskulatury płucnej, a stąd jest udziałem najrozmaitszych inkretorycznych zespołów. Rozedma osób silnych, a starszych łączy się najczęściej z hyperchromaffinozą. Schorzenia błon surowiczych zdają się łatwiej występować u osobników z pewną nadczynnością grasicy, zwłaszcza wobec związanej z nią hypoplazji układu chromochłonnego. Rola zaburzeń inkretorycznych płuc w patologji narządu oddechowego nie daje się na razie określić, bo nie znamy jeszcze całokształtu działania wdzieliny tkanki płucnej.

2.

Narząd krążenia zależy bezwątpienia od gruczołów dokrewnych. Tarczyca zwiększa jego pobudliwość, a hypertyreoza, łącząc się często z niedorozwojem układu chromochłonnego, nie wpływa dodatnio na rozwój i siłę serca i naczyń, grasica zmniejsza ich odporność i usposabia do spraw zapalnych, a nadczynność jej łączy się nieraz z zaburzeniami rozwojowemi układu krwionośnego. Komórki lipoidowe (lecytynowe) usposabiają do spraw miażdżycowych, zwłaszcza wobec współczesnego ich hyperfunkcji działania układu chromochłonnego i przysadki mózgowej, wpływających razem z niemi w dodatnim kierunku na energję pracy i rozrost aparatu krążenia, a stąd na ciśnienie wewnątrznaczyniowe, nieraz nadmiernie wysokie i nieobojętne dla ścian naczyń krwionośnych. Związek zaburzeń w czynności gruczołów dokrewnych z przewlekłemi chorobami mięśnia sercowego przedstawia się rozmaicie, zależnie od ich etjologji (wrodzona niedomoga serca u limfatyków [z eozynofilją], niestosunek między masą ciała a siłą serca u otyłych na rozmaitem tle [hypogenitalizm, dystrofje przysadkowe i i.], zmiany pozapalne, miażdżyca naczyń sercowych). Organa płciowe działają na układ naczyniowy pośrednio przez wpływ na resztę systemu hormonotwórczego.

Zmiany naczynioruchowe pochodzą w znacznej części od działania tarczycy i gruczołów, będących z nią w biologicznej symbiozie (gr. płciowe, przysadka), ale nie można odmówić w nich udziału i reszcie układu hormonopoetycznego, zwłaszcza działającego na system parasympatyczny (pokrzywka, migreny, oddziaływujące na atropinę i i.).

3.

Choroby przewodu pokarmowego, powstające na tle nadczynności układu parasympatycznego pochodzą z hyperfunkcji zespołu gruczołów dokrewnych działających na ten ostatni ze szczególnem zaakcentowaniem funkcji trzustki. Gruczoł ten nie tylko wpływa na czynności przewodu pokarmowego (wydzielanie, resorbcja), ale i stwarza korzystne warunki dla jego rozwoju. Wpływ trzustki jest szczególnie wyraźny wobec istnienia niedorozwoju układu chromochłonnego, nadającego organizmowi cechy ogólnej astenji. Grasica, względnie gruczoły biologiczne jej pokrewne (limfatyzm), zwiększa skłonność do spraw zapalnych (angina, enteritis follicularis, appendicitis) a przez pobudzenie rozwoju tkanki adenoidalnej w przewodzie pokarmowym może mechanicznie ułatwiać powstawanie pewnych zaburzeń (skłonność do żółtaczki nieżytowej). Udział gr. przytarczykowych w wywoływaniu hypersekrecji, zwłaszcza soku żołądkowego, jest w pewnych przypadkach dowiedzionym. O tem, że tyreotoksykozy mogą się łączyć z nadczynnością układu parasympatycznego, a temsamem i przewodu pokarmowego, jest powszechnie wiadome. Jaki wpływ mają na ustrój komórki srebrochłonne M a s s o n a, zawarte w ścianach jelit, dotychczas nie stwierdzono.

Stosunek chorób wątroby do zaburzeń w czynności gruczołów dokrewnych jest ciągle przedmiotem dociekań. Łatwość żółtaczki u limfatyków, łączność marskości wątroby z hypotyreozą i hypogenitalizmem a nadczynnością grasicy, łączność hyperfunkcji tej ostatniej z mniejszą odpornością wątroby, na szkodliwe bodźce, konstytucjonalną paracholją i hyperbilirubinemją, dobre podłoże do kamicy żółciowej u osób (zwł. kobiet) w późniejszym wieku, u których komórki lipoidowe są nadczynne, zmniejszenie odtruwającej funkcji wątroby przy wzmożeniu pracy kory nadnercza a hypofunkcji tarczycy i gr. przytarczykowych — oto szereg wyników dotychczasowych badań na tem polu.

Działanie trzustki jako organu wdzielniczego (inkretorycznego) było już pokrótce omówione powyżej. Tu muszę dodać, że zauważono pewien antagonizm między tym gruczołem a tarczycą i gr. płciowemi, a nadto zwrócono uwagę na współudział jego zaburzeń w powstawaniu pewnych dermatoz, z któremi i inne inkrecje (tarczyca, grasica, układ chromochłonny) są w związku przyczynowym.

4.

Choroby nerek i dróg moczowych są zależne od czynności inkretorycznych gruczołów dokrewnych. Nefrozy i sprawy zapalne dróg moczowych schodzą się często z objawami nadczynności grasicy, słabość i pobudliwość naczyń nerkowych (hypochromaffinoza z hypertyreozą) wytwarzać może podkład dla łatwego powstawania schorzeń kłębkowych, nefroskleroza kombinuje się nadczynnością układu chromochłonnego, kamice nerkowe i pęcherzowe zależne są od zaburzeń w przemianie materji, wywołanych przez dysharmonje (uraturja przy hypertyreozach i hyperinkrecji wagotonicznej, fosfaturją i oxalurja na tle, ostatnio wspomnianem fosfaturja z kąlkaliurją przy hypoparatyreozach). Że na powstanie kamic wpływają i strony zapalne dróg moczowych, stosunkowo częstsze u wagotoników, a zwłaszcza limfatyków, jest rzeczą ogólnie wiadomą. Trzeba tu również pamiętać o możliwości zaburzeń w tworzeniu fizjologicznych, stabilizujących kollo-idów w moczu.

5.

Schorzenia narządów krwiotwórczych mają łączność z dysfunkcją gruczołów wewnętrznie wydzielających, ale stosunek ten jest bardzo trudny do dokładnego scharakteryzowania. Mimo nader licznych i ścisłych badań, brak dotychczas zgodności wyników, potrzebnej do należytego określenia całego zjawiska. Niezgodność wyników jest najprawdopodobniej pozorną i zniknie po wykryciu powodujących ją, a dziś jeszcze nieznanych zjawisk biologicznych. Dziś wiemy, że tarczyca i grasica nie działają korzystnie na czynność układu

erytroblastycznego, że nadgrasiczość jest bodźcem do bujania limfoidalnego stanu stwarzającego naturalny podkład dla limfatycznej białaczki i niebiałaczkowej limfadenozy, znamy łączność eozynofilji z wagotonją, hypochromaffinozą i nadczynnością przysadki i wiemy o stosunku polycytemji do hyperfunkcjinadnercza. Nie jestto jednak wszystko. Znamy bowiem w hematologji stany bardzo niejednolicie tłómaczone, wymieńmy tylko cytologiczną reakcję we krwi na wdzielinę komórek chromochłonnych, pojęcie istoty białaczki szpikowej, stosunek trombopenji, hypo- i hyperinozy do gruczołów dokrewnych, monocytozy do limfocytozy i hypoparatyreoz, czynności śledziony do niedokrewności, zaburzeń w krzepliwości krwi i jej cytologicznego składu w odniesieniu do ciałek białych.

6.

Związek przemiany materji z działaniem inkretów układu gruczołów dokrewnych jest naogół możliwie dokładnie określony. Tarczyca zwiększa dyssymilację (azoturja, uraturja), działa odtruwająco, zmniejsza tolerancję na cukier, a w przypadkach cukrzycy, umożliwia produkcję cukru z białka, gruczoły przytarczykowe zobojętniają trujące działanie pewnych produktów przemiany materji, a wraz z grasicą biorą udział w czynnościach assymilacyjnych. Kora nadnercza jest w pewnym związku z hypercholesterynemją. Układ chromochłonny zwiększa produkcję kwasu moczowego i wpływa dodatnio na wydalanie tegoż z krwi do moczu, ale zwiększa jego powinowactwo do tkanek, przez co nierzadko bierze udział w powstawaniu skazy moczanowej; na tolerancję wobec cukru wpływa ujemnie, (antagonista trzustki), korzystnie na procesy redukcyjne (współudział w tworzeniu tłuszczu z węglowodanów ?). Przysadka mózgowa potęguje przy współudziale tarczycy i nadnercza dyssymilację tkankową w odniesieniu do białka, ale mimoto nie jest pozbawiona wpływu na procesy twórcze, widocznego zwłaszcza podczas jej nadczynności. Stosunek grasicy do wytwarzania podłoża dla rozwoju mięsaków i hamujący wpływ na rozwój raka ze strony tego gruczołu ma niewątpliwie podkład głęboki, tkwiący w działaniu jego inkretu na biochemję komórek. A działanie to jest poniekąd dowodem, że funkcja gruczołów dokrewnych nie polega li tylko na wytwarzaniu organotropowych substancyj pochodnych tyrozyny, tryptofanu, histydyny, seryny, czy innych aminokwasów, ale i na udziale tychże gruczołów w czynnościach wyższych, w syntezie tkankowego białka, w budowie komórek i narządów i nadawaniu im indywidualnych właściwości tak dodatnich, jak i ujemnych.

Dr. Bronisław FRENKIEL. Łódź.

Przypadek wrodzonych braków mięśniowych.

(Z oddziału chorób nerwowych Szpitala Okr. N. IV. w Łodzi).

Przypadki wrodzonych braków mięśni oddzielnych nie stanowią rzadkości. W piśmiennictwie jest opisanych przeszło 200 przypadków tego zboczenia rozwojowego, a ja sam w marcu r. 1923 miałem możność spostrzegania trzech osób *) dotniętych tem zboczeniem. Jedna z nich zasługuje na specjalny opis.

M. B. szereg. 23 l. z powiatu jaworowskiego podaje, że jest chory od dzieciństwa, że od czasu, jak pamięta ręce i nogi nie były jednakowe; skarży się na osłabienie lewej nogi i prawej ręki; w ciągu ostatnich lat 15 nie zauważył żadnej zmiany w stanie swego zdrowia. Rodzice żyją zdrowi; czworo zdrowego rodzeństwa, jeden brat zmarł na dur osutkowy, nikt z rodziny nie chorował na taką chorobę, jak badany.

S t a n o b e c n y: wzrost słuszny, odżywienie mierne; kościec prawidłowy, poza nieznacznem prawostronnem skręceniem bocznem kręgosłupa. Wybitna nieumiarowość klatki piersiowej; obwód całej klatki piersiowej 97 cm; ale obwód klatki (od *proc. spinosus do linea medialis sterni*) wynosi 47 cm, prawej połowy 42 cm. Zupełny brak części żebrowo mostkowej prawego mięśnia piersiowego większego. Prawa brodawka sutkowa rozwinięta prawidłowo, nieco mniejsza od lewej; leżą na jednakowej wysokości. Prawe ramię wybitnie szczuplejsze od lewego; obwód (17 cm powyżej wyrostka łokciowego) ramienia lewego 27 cm, prawego 21 cm. Prawie zupełny brak mięśnia trójgłowego (*m. triceps brachii*); 14 cm poniżej wyrostka łokciowego obwód przedramienia lewego 27 cm, prawego 26 cm.



Odwrotne stosunki znajdujemy na kończynach dolnych: tu wyraźne zaniki w obrębie uda lewego. Obwód prawego uda 20 cm powyżej górnego brzegu rzepki) 50 cm; lewego 43 cm; w obwodzie podudzia nieznaczna różnica 1 cm). Zaniki dotyczą mięśnia dwugłowego lewego (*m. biceps cruris*). Jednocześnie widzimy przerost w obrębie mięśni prawego uda, dotyczący górnej części mięśnia czworogłowego uda (przerost prawdziwy ?).

Wszystkie ruchy zachowane, nawet doprowadzania prawej ręki i rozginanie w stawie łokciowym badany wykonywa sprawnie. Siła ruchów prawej ręki wyraźnie mniejsza od lewej. Ruchy kręgosłupa zachowane i sprawne. Mięśnie twarzy nie wykazują zaników, jednakowoż policzki są wychudzone; słabo rozwinięte, tak że w ubraniu badany sprawia wrażenie odżywienia podupadłego.

Wszystkie mięśnie wykazują wzmożoną pobudliwość na bodźce fizyczne (uderzenie młotkiem) i na zimno. Tu i ówdzie spostrzegamy falowanie mięśni (drżenie pęczkowe). Badanie elektryczne zmian nie wykazuje; brak odczynu ze zwykłych punktów podrażnień brakujących mięśni.

Odruchy brzuszne zachowane, okostnowe kończyn górnych zachowane; prawy z mięśnia dwugłowego — słaby, z mięśnia trójgłowego zniesiony; kolanowe i stopowe żywe. Czucie bez zmian.

Jednostronność braków w układzie mięśniowym, zupełny brak postępu cierpienia oraz prawie doskonała sprawność czynnościowa zmuszają nas do uznania naszego przypadku za przypadek wrodzonych braków mięśniowych; z drugiej strony ogólna wrażliwość całego układu mięśniowego oraz przerost w obrębie prawego uda przemawiają za postępującym zanikiem mięśni (*dystrophia musculorum progressiva*). Wiadomo, że tam właśnie, gdzie braki mięśniowe wrodzone dotyczą kilku mięśni, rozpoznanie różniczkowe między tem cierpieniem a dystrofją napotyka na trudności.

Przypadek nasz właściwie dlatego jest rzadki, że brak tu trzech mięśni (piersiowy większy, trójgłowy ramienia, dwugłowy uda). Taka kombinacja nie jest mi znana z piśmiennictwa. Tam, gdzie notowane są braki wrodzone kilku mięśni, dotyczą one przeważnie mięśni pasa barkowego i ramienia. Jak wiadomo, nie jest ostatecznie ustalone pochodzenie wrodzonych braków mięśniowych. F r o r i e p, później S e i t z i S o u q u e s a ostatnio i polscy autorowie G u n d l a c h i K u m m a u l przyjmują teorję urazowego pochodzenia cierpienia (ucisk wewnątrzmaciczny).

A h l f e l d i R ü c h e r t myślą, że sprawy zapalne w życiu płodowem (zrosty blaszki owodni) powodują niedorozwój mięśni. Szereg autorów ucieka się do przypuszczenia tu anomalji rozwojowej swoistej (B r u n s, S z m i d t, S c h l e s i n g e r). Wreszcie E r b przypuszcza, że wrodzony brak mięśni jest wyrazem przebytej podczas życia płodowego dystrofji mięśniowej.

Nasz przypadek, który, jak to wspomniałem, posiada pewne cechy tego ostatniego cierpienia, przemawiałby na korzyść teorji E r b a, jednak zaznaczyć należy, że i postępujący zanik mięśni jest dla nas dotychczas sprawą pod względem patogenetycznym ciemną.

Należy dodać, że znane są przypadki braków mięśniowych skombinowane z dystrofją mięśniową tak, że było wypowiedziane również przypuszczenie, że wrodzone zaniki stanowią pewną skłonność do postępującego zaniku mięśni. U nas pisali o wrodzonych zanikach mięśni: S k ł o d o w s k i, Z i e l i ń s k i, G u n d l a c h, K u m m a u l.

Piśmiennictwo.

R. H i r s c h f e l d. Kongenitale Muskeldefekte. Handbuch Lewandowsky (1911). Wykaz piśmiennictwa. — L. G r u n d l a c h. Ueber kongenitale Pektoralisdefekte und ihre Entstehung. Breslau 1910. — K u m m a u l. Lekarz wojskowy 1920.

*) Pokaz 3-ch przypadków wrodzonego braku mięśnia piersiowego dn. 24. marca 1923. w Sekcji lekarskiej Tow. wiedzy wojskowej w Łodzi.

Z praktyki.

Dr. Juljusz DOŁNER. Łuck.

Nieżyt tchawicy (Tracheitis catarrhalis) jako jednostka kliniczna.

Na wstępie zaznaczymy, że klinicyści i lekarze praktyczni zbyt mało zwracają uwagi na zachorzenia tchawicy. Sprawę tę zazwyczaj traktuje się zbyt pobieżnie i powierzchownie i opisuje się ją zwykle dodatkowo, czy to przy chorobach krtani, czy oskrzeli; najmniej miejsca udziela się objawom tej choroby. Dwudziestokilkoletnie moje doświadczenie na materjale szpitalnym ośmiela mnie twierdzić, że kwestja rozpoznania cierpienia tego odcinka dróg oddechowych ma dość poważne, stałe podstawy, a objawy są dość charakterystyczne i wybitnie cechujące ten rodzaj cierpienia. Widzi się często przypadki, w których sprawa tchawicowa występuje pierwotnie, odosobniając się, że tak powiem, od sąsiadujących z nią części; w drugich znów przypadkach proces wytwarza się wtórnie, zaczynając się od wyżej leżącego odcinka (krtań, nos), po zakończeniu którego w rezultacie ujawnia się w tchawicy, której objawy chorobowe występują na pierwszy plan i górują w obrazie chorobowym; odwrotnie widzi się takie przypadki, w których proces tchawicowy, w końcowym okresie, przechodzi na górny odcinek dróg oddechowych (nos). Taki zwrot w chorobie dobrze jest znany chorym baczniej siebie obserwującym. Zostawiając na uboczu zajęcie tchawicy o przebiegu wybitnie przewlekłym, mającym najczęściej swe tło kiłowe lub gruźlicze, zajmiemy się nieżytem tchawicy o przebiegu ostrym, lub podostrym. Typowym przedstawicielem w tym kierunku jest nieżyt tchawicy, pochodzący od ostrego nieżytu nosa (*micrococcus catarrhalis*), lub pochodzenia grypowego, szczególnie zaś hiszpanki, przy której niejednokrotnie proces tchawicowy jest pierwotny. Tutaj również zaliczymy nieżyt tchawicy, występujący przy innych zakaźnych chorobach z umiejscowieniem w górnych drogach oddechowych (odra, krztusiec). Dla chorych, cierpiących na nieżyt tchawicy, jest przedewszystkiem charakterystyczne częste powtarzanie się tej sprawy u tego samego osobnika pod wpływem nawet nieznacznych czynników cieplnych (oziębianie nóg, szyji) lub atmosferycznych (wiosna, jesień). Cierpienie to, nieraz uporczywe i długotrwałe, niekiedy nasuwa podejrzenie istnienia poważniejszych zmian w układzie oddechowym, nawet początkującej gruźlicy.

Rozpatrując objawy nieżytu tchawicy, zaczniemy od podmiotowych: najczęściej chorzy uskarżają się na uczucie drapania, łechtania i skrobania tuż nad rękojeścią mostka, niektórzy określają jako obecność ciała obcego, jak to bywa przy zakrztuszeniu się. Również stwierdza się u osób przeważnie w wieku podeszłym uskarżanie się na ciężar w piersiach, niekiedy nawet duszność. Drugim stałym objawem jest kaszel, który ma swe charakterystyczne właściwości: a) występuje przedewszystkiem napadowo, dając mniejsze lub większe okresy spokoju, często jest krztuszącym, niekiedy przy objawach lekkiej duszności i ciężaru w piersiach, prawdopodobnie wskutek odruchowego skurczu głośni; b) charakterystyczne jest, że kaszel ten występuje przy położeniu się chorego do łóżka, a więc w jego pozycji poziomej i najbardziej niepokoi go w pierwszej połowie nocy; c) dość znamienna jest nadzwyczajna wrażliwość chorego na wdechanie chłodniejszego powietrza, które wywołuje natychmiastowy napad kaszlu. Spotykałem nieraz, że dla uniknięcia tego chorzy ukrywali głowę pod kołdrą, wiedząc, że najmniejsze uchylenie jej powoduje kaszel. Kaszel jest zwykle suchy, męczący, niekiedy kończy się wydalaniem skąpej, gęstej plwociny. Przechodząc do opisu objawów przedmiotowych, zaczniemy od jednego z nich, który spostrzegałem prawie we wszystkich przypadkach, zależny on jest od podwyższonej wrażliwości tchawicy na ucisk w stanie jej nieżytowym. Dla wywołania tego objawu robimy mniejszy lub większy ucisk palcem na przednią ścianę tchawicy, tuż nad wcięciem rękojeści mostka. Chory doznaje przy tem dobrze znanego mu łechtania, poczem następuje odruch kaszlowy. Objaw ten szczególnie wyraźnie i łatwo występuje u osobników młodych, wskutek większej podatności chrząstkowych części tchawicy. Objaw ten przedmiotowy uważam za patognomoniczny dla nieżytu tchawicy, gdyż przy żadnem innem cierpieniu nie występuje. Jednocześnie z wyżej wymienionym objawem dość często znajdywałem niezwykłe przeczulenie na ból przy dotykaniu tchawicy. Przy badaniu ciepłoty ciała nic znamiennego nie zauważamy dla tej choroby; przy zwykłym nieżycie tchawicy w większości przypadków mamy przebieg bezgorączkowy, rzadziej stan podgorączkowy, a w przypadkach kiedy nieżyt ma tło zakaźne (grypa, odra) spostrzegamy nieraz ciepłotę ponad 39°. Mniej pewne dane daje nam wysłuchiwanie tchawicy, szmer wdechowy staje się nieco silniejszym, szorstkim, bardziej drażniącym ucho; dość rzadko dają się wysłuchiwać rzężenia suche o barwie chrapliwej i niskiej tonacji. Grupując teraz wyżej wspomniane objawy w całość, możemy z dużem prawdopodobieństwem rozpoznać sprawę tchawicową. Rozumie się, wykluczywszy wszelkie inne przyczyny, mogące kaszel powodować.

Na zakończenie wspomnę słów kilka o leczeniu nieżytu tchawicy, które dawało dobre rezultaty. Zalecamy swoim chorym picie wody alkalicznej (szczawnicka, zdrój Józefiny, Magdaleny lub Stefana) na wpół z gorącem mlekiem. Szklankę z rana naczczo i na noc; na okolicę mostka kładniemy synapizm; bardzo pomocne jest wdechanie następującego płynu: Menthol 2,0, olejku sosnowego i nalewki eukaliptusowej po 10,0, alkoholu 20,0; dwadzieścia pięć kropel na $^1/_2$ szklanki gorącej wody, wdechać po 10 minut 3 razy dziennie, gdyby kaszel znacznie dokuczał, zalecamy: kodeinę fosforową 0,25 na 10,0 wody z gorzkich migdałów, piętnaście kropel na dawkę.

Sprawozdania poglądowe.

Dr. Bronisław SABAT, kierownik Zakładu rentgenologji i światłolecznictwa Wojsk. Instyt. Sanit. Warszawa.

O wrzodzie żołądka i o wrzodzie dwunastnicy w obrazie rentgnenowskim.

Na podstawie spostrzeżeń własnych.

(Według wykładu wygłoszonego na XIX Zjeździe chirurgów polskich 30 czerwca 1922).

Zużytkowanie badań rentgenologicznych przewodu pokarmowego w kierunku rozpoznawania wrzodu żołądka i wrzodu dwunastnicy musimy uważać za wyraz wielkiego postępu w djagnostyce tych chorób, a to tem więcej, że, jak autopsja (laparotomje próbne, laparotomje mylne i operacje spóźnione) poucza, badanie kliniczne zawodzi często w ich rozpoznawaniu. To też uzasadnione jest zapatrywanie, rozpowszechniające się wśród internistów i chirurgów, że w każdym przypadku, w którym zachodzi podejrzenie któregokolwiek z tych cierpień, wskazane jest badanie rentgenologiczne. Wprawdzie w niektórych przypadkach, zwłaszcza świeżych wrzodów, może ono nie dawać wyniku dodatniego, natomiast częstokroć dostarcza ono danych, które przypuszczenia podnoszą do poziomu rozpoznań prawdopodobnych, a nieraz umożliwiają postawienie rozpoznania pewnego i szczegółowego. Najważniejsze wyniki badania rentgenologicznego polegają na rozpoznawaniu tych postaci wrzodów, które w przewlekłym przebiegu doprowadziły do utworzenia jam o ścianach stwardniałych, które zatem nie przedstawiają widoków dla skutecznego leczenia wewnętrznego, lecz przechodzą do rąk chirurga. Badanie rentgenologiczne umożliwia częstokroć dokładne oznaczenie siedziby wrzodu, co daje chirurgowi podstawę do celowego uplanowania zabiegu operacyjnego. Z następstw anatomicznych wrzodu, dających wskazanie do operacji, wymienię zwężenie odźwiernika i żołądek dwudzielny ze zwężeniem organicznem, w których rozpoznawaniu badanie rentgenologiczne odgrywa rolę rozstrzygającą. Główną metodą rentgenologicznego badania żołądka i dwunastnicy jest prześwietlenie w pozycji stojącej i leżącej w kierunkach strzałkowym, czołowym i ukośnych po wprowadzeniu do przewodu pokarmowego gęsto płynnej masy kontrastowej. Radjopalpacją należy posługiwać się w każdym przypadku. Radjografja, nie w każdym przypadku niezbędna, umożliwia wyraźniejsze uwydatnienie i utrwalenie obrazu, a często jest jedynym środkiem do uzyskania delikatnych szczegółów mor-

fologicznych, rozstrzygających o rozpoznaniu wrzodu żołądka lub dwunastnicy.

Krytyczna ocena wartości poszczególnych objawów rentgenologicznych i ich zespołów dla rozpoznawania wrzodu żołądka jakoteż dwunastnicy powinna opierać się głównie na obserwacji tych przypadków, w których nastąpiło stwierdzenie rozpoznania przez autopsję, lub w których kliniczne dane, jak krwawienie lub dalszy przebieg choroby, uchylają wszelkie wątpliwości pod względem rozpoznawania.

Rentgenologiczne objawy wrzodu żołądka możemy podzielić na: 1) objawy bezpośrednie, polegające na powstaniu obrazu poniekąd samego wrzodu, 2) pośrednie objawy czynnościowe; 3) objawy anatomicznych następstw wrzodu.

Bezpośredniemi objawami rentgenologicznemi wrzodu żołądka są dodatki cieniowe sylwetki żołądka w postaci jej wypuklenia (nyża) lub plamy cieniowej, znajdującej się w pobliżu sylwetki żołądka lub widocznej po jego wypróżnieniu (plama trwała). Objawy te polegają na powstawaniu obrazu masy kontrastowej, która dostała się do wydrążenia stworzonego przez wrzód w ścianie żołądka, a niekiedy też i w jego otoczeniu, jak w wątrobie, trzustce, lub śledzionie. Są one znamienne dla wrzodu modzelowatego *(ulcus callosum)* lub drążącego *(ulcus penetrans)*, wyjątkowo tylko spostrzega się je we wrzodzie pojedyńczym *(ulcus simplex)*, gdy wskutek ucisku wśródżołądkowego wypukla się ścieńczona część ściany żołądka, stanowiąca dno wrzodu, lub gdy wskutek kurczu mięśniówki na obwodzie wrzodu wytwarza się zagłębienie w miejscu wrzodu płytkiego. Zapatrywanie Hemmeter'a i Jollass'a, jakoby bizmut z zawiesiny osadzał się zwykle na dnie pojedyńczego wrzodu, i, przylegając do niego, dawał na obrazie rentgenowskim cień umożliwiający rozpoznanie, okazało się mylne: wrzody płytkie, które przenikają tylko przez śluzówkę ewentualnie wchodzą też w powierzchowną warstwę mięśniówki, na ogół nie dają bezpośrednich objawów rentgenologicznych. Wypuklenie ściany żołądka (nyża), znajduje się zwykle przy prześwietlaniu tylno-przedniem na krzywiźnie małej, gdzie też najczęściej tworzą się wrzody. Rzadziej zdarza się nyża tylnej ściany żołądka, występująca na obrazie rentgenowskim przy prześwietlaniu chorego z boku (od strony prawej ku lewej). Wyjątkowo tylko można ją wykazać w okolicy odźwiernikowej. Postać nyż jest zwykle okrągława, rzadziej stożkowata lub nieregularna. Wielkość ich bywa niekiedy bardzo mała; spostrzegano nyże, odpowiadające wrzodom o średnicy zadwie 3 mm. Nyża, połączona z żołądkiem za pośrednictwem wąskiego przesmyka lub przedstawiająca się na obrazie rentgenowskim od żołądka zupełnie oddzielona jest znamiennym objawem wrzodu drążącego; zawiera ona zwykle pólkulistą bańkę gazową ponad powierzchnią masy kontrastowej, która wypełnia jej część dolną. W nyży może się kępka masy kontrastowej utrzymywać przez czas dłuższy po zupełnem wypróżnieniu żołądka, przedstawiając się na obrazie rentgenowskim jako odosobniona charakterystyczna plamka t. zw. plama trwała. Obrazy podobne do nyż żołądka mogą być spowodowane rzadko zdarzającemi się wrodzonemi uchyłkami żołądka lub dwunastnicy w okolicy jej przejścia w jelito czcze, uchyłkami, spowodowanemi przez zrosty otrzewnej, wypukleniami ściany żołądka między bliznowatemi jej wgłębieniami, nareszcie t. zw. funkcjonalnemi uchyłkami żołądka, których powstawanie nie jest jeszcze wyjaśnione. Stąd też zdarzało się nieraz, że w przypadkach, w których na podstawie objawu nyży rozpoznawano wrzód żołądka, przy operacji nie znajdowano ani nyży, ani wrzodu.

O wiele częściej, niż objawy bezpośrednie, spostrzega się przy wrzodzie żołądka objawy pośrednie, które polegają na zaburzeniach czynnościowych. Występują one zwykle przy wrzodzie żołądka najczęściej w zespołach niekiedy pojedyńczo. Nie są one jednak patognomoniczne dla wrzodu żołądka, lecz są wyrazem stanu podniecenia tego narządu, spotykanym też zwykle przy wrzodzie dwunastnicy, często też w cierpieniach dróg żółciowych, w chorobach nerwowych, jak w histerji, neurastenji, uwiądzie rdzenia, w zatruciach, a także występującym samoistnie jako nerwica żołądka. Niektóre jednak zespoły tych objawów, zwłaszcza gdy występują stale, przemawiają bardzo silnie za wrzodem żołądka, a nawet wskazują ich umiejscowienie.

Objawy pośrednie mogą polegać na zaburzeniu w napięciu mięśniówki żołądka, w ruchach robaczkowych, w czynności ruchowej (sprawności mechanicznej), w czynności wydzielniczej i w sferze czuciowej.

Do objawów, polegających na zaburzeniu w napięciu mięśniówki żołądka, należą hypertonja, kurcze mięśniówki żołądka i jej zwiotczenie (atonja).

Kurcze mogą być ogólne lub miejscowe. Ogólny kurcz żołądka *(spasmus totalis)* obejmuje całą mięśniówkę żołądka, który wskutek tego przedstawia się w całości zmniejszony. Stan ten może być uważany za najwyższy stopień napięcia mięśniówki, spotęgowany niekiedy aż do zaniku perystaltyki. Ze skurczów miejscowych należy wymienić: a) kurcz wpustu, zdarzający się rzadko przy wrzodzie żołądka lub dwunastnicy, najczęściej występujący jako nerwica samoistna; b) miejscowy kurcz mięśniówki okrężnej w górnej lub środkowej części żołądka, najczęściej w odcinku siedziby wrzodu naprzeciw i obok niego, powodujący głębokie wpuklenie ściany żołądka w kierunku do wrzodu. Wgłębienie to dzieli światło żołądka na dwie części, górną i dolną, połączone ze sobą zapomocą przesmyku, co nadaje żołądkowi kształt, zbliżony do klepsydry (żołądek kurczowy dwudzielny). Na sylwetce rentgenowskiej takiego żołądka widzi się głębokie, wąskie, ostro konturowane wcięcie, wybiegające od linji krzywizny wielkiej w poprzek żołądka w kierunku do krzywizny małej, pozostawiające wzdłuż niej krótki, wąski przesmyk, który łączy górną część sylwetki z dolną. Wrzód znajduje się zwykle w okolicy tego przesmyka na krzywiźnie małej; tam też niekiedy widuje się nyżę. Ważnem jest, aby pamiętać o tem, że w wielu przypadkach wcięcie kurczowe sylwetki żołądka jest widoczne tylko przy prześwietlaniu badanego w pozycji leżącej, lub w ustawieniu stojącem, często zaś przy przesunięciu żołądka do góry przez wciągnięcie brzucha przez chorego lub przez uciskanie brzucha tuż poniżej żołądka. Od żołądka dwudzielnego kurczowego należy odróżnić żołądek dwudzielny organiczny, spowodowany przez zrost okołożołądkowy, przez bliznę lub przez raka, jako też żołądek wrzekomo-dwudzielny, którego środkowa część światła jest zwężoną wskutek ucisku żołądka przez narząd sąsiedni, jak przez okrężnicę rozdętą gazami lub przez guz pozażołądkowy. Odróżnienie dwudzielności kurczowej od dwudzielności organicznej jest ze względów praktycznych bardzo ważne, gdyż dwudzielność organiczna, zwykle wymaga operacji, podczas gdy dwudzielność kurczowa sama przez się nie daje do niej wskazania. Szczegóły obrazu rentgenowskiego umożliwiają często rozpoznanie różniczkowe, które jednak niekiedy jest bardzo trudne i wymaga wielkiego doświadczenia. Typowe obrazy żołądków dwudzielnych, kurczowego i organicznego, różnią się od siebie w następujących szczegółach: przesmyk łączący obie części żołądka dwudzielnego kurczowego jest krótki i znajduje się na krzywiźnie małej, w żołądku zaś dwudzielnym organicznym jest na ogół dłuższy i znajduje się bliżej osi żołądka; kontury światła żołądka, wychodzące od zwężonego miejsca żołądka dwudzielnego kurczowego przebiegają na lewo prostolinijnie w kierunku poprzecznym, a kontur krzywizny małej zachowuje kierunek prawidłowy, podczas gdy kontury prawy i lewy żołądka dwudzielnego organicznego w okolicy zwężenia są na ogół nieregularne i przebiegają od miejsca zwężenia rozbieżnie w kierunkach ukośnych do góry i na dół, przez co otrzymuje się postać jeszcze więcej zbliżoną do klepsydry. Nie zawsze jednak obrazy są typowe, a nawet obraz typowy nie zawsze umożliwia rozpoznanie różniczkowe; zdarza się np. żołądek dwudzielny zrostowy (zaciśnięty przez zrost sznurkowaty), którego obraz rentgenologiczny jest zupełnie podobny do typowego obrazu żołądka dwudzielnego kurczowego. Po zastosowaniu atropiny lub papaweryny (0·05 g) kurcz często znika, jednak nie zawsze. W przeciwstawieniu do dwudzielności organicznej właściwością dwudzielności kurczowej żołądka jest jej niestałość; nieraz wskutek głębokiego oddechu, wciągnięcia brzucha przez chorego lub ucisku

ręką okolicy żołądka kurcz ustępuje. Papka kontrastowa najłatwiej przechodzi przez zwężenie rakowe, trudniej przez zwężenie kurczowe, najtrudniej przez zwężenie żołądka dwudzielnego bliznowatego lub zrostowego. Zwężenie żołądka wrzekomodwudzielnego w przeciwstawieniu do zwężenia żołądka dwudzielnego kurczowego lub organicznego stawia przejściu pokarmu mały opór i daje się łatwo wyrównać przez silniejszy ucisk na dolną część żołądka wypełnionego masą kontrastową. c) Kurcz zwieracza jamy odźwiernikowej, powodujący zwężenie części przedodźwiernikowej żołądka, zdarza się przy wrzodach żołądka jako też dwunastnicy. Na obrazie rentgenowskim widoczne są w 3—6 godzin po obiedzie kontrastowym trzy u dołu zaokrąglone cienie, odpowiadające trzem kępkom masy kontrastowej, pierwszy nieco wyżej położony cień odpowiada masie kontrastowej w górnej części (w opuszce) dwunastnicy, środkowy-kępce kontrastowej w jamie odźwiernikowej (antrum pylori), lewy zaś pochodzi od zaległości kontrastowej w dolnej części żołądka. Zwężenie między kępkami kontrastowemi prawą i środkową, odpowiada kurczowi przedodźwiernikowemu, który różni się tem od zwężenia perystaltycznego, że przez dłuższy czas pozostaje niezmieniony. Niekiedy brakuje jednego lub obu cieniów zewnętrznych; w ostatnim wypadku widoczna jest tylko zaległość kontrastowa w jamie przedodźwiernikowej. Ustalenie wartości rozpoznawczej objawu kurczu przedodźwiernikowego wymaga jeszcze dalszych spostrzeżeń. d) Kurcz odźwiernika (*pylorospasmus)* występuje z reguły we wrzodach odźwiernika, często jednak też we wrzodach żołądka znajdujących się wyżej lub we wrzodach dwunastnicy, a także nieraz w innych stanach chorobowych, jak w kamicy żółciowej. Powoduje on zmniejszenie czynności ruchowej żołądka, objawiającej się przez zaleganie pokarmu kontrastowego żołądka po upływie normalnego czasu wypróżniania się żołądka, często nawet mimo obecności hyperperystaltyki, która towarzyszy zwykle kurczowi odźwiernika we wczesnym jego okresie istnienia i prawdopodobnie jest jego następstwem. Nieraz trudno odróżnić kurcz odźwiernika od zwężenia organicznego. Zaleganie pokarmu powyżej 12 godzin jest prawie zawsze następstwem zwężenia organicznego, jednak zwężenie organiczne odźwiernika nieznaczne, jako też zwężenie organiczne w okresie wyrównania przez wzmożoną czynność mięśniówki żołądka może powodować zaleganie mniejszego stopnia, podobne, jakie bywają objawem kurczu odźwiernika tj. w czasie od 6—12 godzin po obiedzie kontrastowym. Odróżnienie od organicznego zwężenia odźwiernika umożliwia nieraz zastosowanie atropiny lub papaweryny, które, znosząc kurcz odźwiernika, przyspieszają wypróżnienie się żołądka, natomiast w przypadkach zwężenia organicznego, zmniejszając napięcie mięśniówki żołądka, opóźniają wydalenie pokarmu. Gdy zwężenie kurczowe odźwiernika trwa przez czas dłuższy, występuje rozszerzenie żołądka i niedomoga jego mięśniówki, objawiająca się osłabieniem perystaltyki i znacznem zmniejszeniem czynności ruchowej żołądka, podobnie jak po dłuższym czasie trwania organicznego zwężenia odźwiernika. Żołądek w tym okresie przedstawia się wydłużony tj. dolnym swym biegunem sięga nisko, rozszerzony, wskutek czego odźwiernik znajduje się na prawo w znacznej odległości od linji środkowej ciała i zwiotczały, co się tem objawia, że pokarm, wprowadzony po żołądka spada do jego dolnej części, jak do worka wiotkiego, podczas gdy środkowa i górna część żołądka masy kontrastowej nie zawiera. Na obrazie rentgenowskim takiego żołądka masa kontrastowa daje charakterystyczny półksiężycowaty, zaokrągleniem ku dołowi zwrócony cień tuż ponad wejściem do miednicy, sięgający jednakowo na lewo i prawo prawie do cieni talerzy biodrowych; e) kurcz pasma włókien mięsnych podłużnych krzywizny małej powoduje zniekształcenie żołądka zwane ślimakowatem jego skręceniem. Polega ono na skróceniu linji krzywizny małej, jej silniejszem zakrzywieniem i przesunięciem odźwiernika na lewo i do góry (zmniejszeniu odległości między odźwiernikiem i wpustem żołądka). Podobne zniekształcenie żołądka może też powstać wskutek zrostu wzdłuż krzywizny małej lub wskutek jej skurczenia bliznowatego.

Z objawów czynnościowych we wrzodzie żołądka spostrzega się często hyperperystaltykę żołądka. Szczególnie silna bywa ona w razie kurczu odźwiernika, jak również w razie zwężenia organicznego, i wzmaga się niekiedy do tego stopnia, że żołądek przedstawia się podzielony przez zagłębienia fal ruchów robaczkowych na szereg okrągłych odcinków. W przypadkach istnienia przeszkody (kurczowej lub organicznej) w przechodzeniu pokarmu przez odźwiernik występuje niekiedy antyperystaltyka.

Zazębienie krzywizny wielkiej żołądka, które Groedel uważa za objaw drobnej, arytmicznej perystaltykiktóra jednak jest prawdopodobnie, jak Forsell sądzi, wyrazem silniejszych fałdowań śluzówki, wywołanych żywszemi skurczami jej mięśniówki, bywa również zaliczane do objawów wrzodu żołądka. Objaw ten jednak, spostrzegany bardzo często u zdrowych osobników, zwłaszcza w pozycji leżącej, a także w stojącej przy ucisku okolicy podżołądkowej brzucha po wprowadzeniu do żołądka płynnej zawiesiny kontrastowej, należy uważać za patologiczny tylko wtedy, gdy występuje w postaci znacznie wzmożonej. Możliwem jest, że zazębienie krzywizny wielkiej, zwłaszcza silniejsze, w niektórych przypadkach, jest wyrazem przerosłej śluzówki.

Zmniejszenie czynności ruchowej żołądka (sprawności mechanicznej), objawiające się zaleganiem mniejszej lub większej masy kontrastowej w żołądku po upływie normalnego czasu zupełnego wypróżnienia się żołądka, spostrzega się z reguły we wrzodach odźwiernika, często też powyżej położonych wrzodach żołądka i to nie tylko w przypadkach nadkwaśności, która powoduje wzmożenie odruchu odźwiernikowego Mehringa, lecz także w razie prawidłowej, a nawet zmniejszonej kwasoty. Należy zatem przyjąć, że wrzód bezpośrednio może wywoływać kurcz odźwiernika. Zmniejszenie sprawności mechanicznej żołądka towarzyszy często hyperperystaltyce, a nawet, aczkolwiek wygląda to paradoksalnie, bywa jej następstwem, silniejsze bowiem zamykanie się odźwiernika stanowi przeszkodę w wydalaniu zawartości żołądka. Zaleganie masy kontrastowej w żołądku może być nietylko skutkiem kurczu lub organicznego zwężenia odźwiernika, lecz także przyczyną zalegania może być kurcz żołądka wyżej umiejscowiony (w żołądku dwudzielnym) a również nadmierne wydzielanie soku żołądkowego.

Nadmierne wydzielanie soku żołądkowego jest częstym objawem w przypadkach wrzodu żołądka. Na obrazie prześwietlania badanego w ustawieniu stojącem objawia się ono tem, że naczczo widoczny jest w obrębie żołądka szary cień ograniczony u góry linją poziomą, która faluje przy opukiwaniu podżebrza. Po wprowadzeniu do żołądka masy kontrastowej cień ten t. zw. warstwy środkowej, odpowiadającej płynowi (sokowi żołądkowemu), znajduje się między silnie nasyconym cieniem masy kontrastowej i wyżej położonem jasnem polem, które odpowiada bani gazowej w górnej części żołądka. Niekiedy przy nadmiernem wydzielaniu soku żołądkowego również widoczny jest podobny cień o górnem ograniczeniu poziomem w przedodźwiernikowem wstępującem ramieniu sylwetki żołądka.

Niemałą wartość dla rozpoznawania wrzodu żołądka przedstawia objaw bolesności przy ucisku w jednem i tem samem miejscu w obrębie żołądka. Przy ustalaniu tego objawu zapomocą radjopalpacji liczyć się należy z możliwością suggestji i symulacji, wobec czego pytania badanemu trzeba stawiać zręcznie i badać go w pozycji stojącej i leżącej, przy zmianach położenia żołądka przez przesuwanie i przez wciąganie brzucha. Objaw ten zyskuje na wartości rozpoznawczej, jeśli punkt bolesności przy ucisku odpowiada miejscu, gdzie najczęściej zdarzają się wrzody, jak na krzywiźnie małej lub w okolicy odźwiernika.

Wrzód żołądka w dalszych okresach przewlekłego przebiegu powoduje blizny i zrosty okołożołądkowe, które mogą dawać następujące objawy rentgenologiczne: stałe przemieszczenia żołądka, zmniejszenie jego przesuwalności, zamazania i zazębienia jego konturów, charakterystyczne zmiany kształtu żołądka [żołądek dwudzielny, kaskadowy, ślimakowato skręcony, żołądek o postaci woreczka na tytoń (Tabakbeutelform), żołądek ukośnie wyciągnięty lub esowato skręcony], nareszcie

zespół objawów rentgenologicznych spowodowany przez organiczne zwężenie odźwiernika. Rentgenologiczne objawy zwężenia odźwiernika są podobne do objawów kurczu odźwiernika, lecz występują stale. Należą do nich: brak cienia dwunastniczego przemawiającego za przechodzeniem masy kontrastowej przez odźwiernik, półksiężycowaty cień zaległości kontrastowej w żołądku, utrzymujący się kilkanaście do kilkudziesięciu godzin po obiedzie kontrastowym, perystaltyka wzmożona i daremna ewentualnie też antyperystaltyka (t. zw. perystaltyka stenotyczna) w okresie wzmożenia czynności i przerostu mięśniówki żołądka, zwiotczenie i rozszerzenie żołądka w okresie wyczerpania siły jego mięśniówki.

Objawy rentgenologiczne wrzodu dwuuastnicy dzielimy na: I) objawy dwunastnicze (o umiejscowieniu w dwunastnicy), II) objawy żołądkowe (o umiejscowieniu w żołądku). Z pierwszej grupy objawów pod względem wartości rozpoznawania wrzodu, najważniejsze są zmiany kształtu sylwetki dwunastnicy. Są one bezpośrednim wyrazem, przez wrzód wywołanej, organicznej zmiany ściany dwunastnicy. Dwunastnica na obrazie rentgenologicznym w prawidłowych warunkach nie daje się w całości przedstawić, gdyż masa kontrastowa, którą żołądek wyrzuca okresowo przy każdorazowym otwarciu odźwiernika, w dwunastnicy natychmiast się rozdziela i szybko przez nią przebiega; tylko górna część dwunastnicy, t. zw. opuszka dwunastnicza (*bulbus duodeni)* wypełnia się lepiej, dając na obrazie rentgenowskim wyraźnie występujący cień. Okoliczność ta jest dla rozpoznawania wrzodu dwunastnicy bardzo korzystna, gdyż prawie wyłączną siedzibą wrzodu dwunastnicy jest jej część górna. Najlepiej daje się ona przedstawić na rentgenogramie po ułożeniu badanego na prawą część brzucha. Boczne kontury prawidłowej sylwetki opuszki dwunastniczej są zawsze wypukłe, kontur podstawy zwrócony do odźwiernika jest wklęsły. Linja podstawy tworzy z przeciwległą wypukłą linją jamy odźwiernikowej szparę przez środek której przebiega taśmowaty cień o zmiennej szerokości i wyrazistości, odpowiadający masie kontrastowej, przechodzącej przez odźwiernik. Cień opuszki dwunastniczej przebiega od odźwiernika zwykle ukośnie do góry i na lewo, przy opadnięciu żołądka więcej stromo, prawie pionowo od dołu do góry, przy postaci żołądka o typie wolego rogu prawie poziomo od strony prawej ku lewej. Prawidłowa opuszka dwunastnicza kończy się ostrym wierzchołkiem (postać przypominająca infułę lub znaczek kierowy na kartach), lub jest u wierzchołka zaokrąglona (postać czapeczki), niekiedy zaś przechodzi w nieregularnie ukształtowany, żeberkowany cień taśmowaty, który wkrótce zagina się i przebiega ku dołowi (część zstępująca dwunastnicy). Niekiedy widoczne też jest zagjęcie dolne i na prawo poziomo przebiegająca lub nieco do góry wznosząca się dolna część dwunastnicy. W całości wypełniona dwunastnica przedstawia się w postaci C otwartej na lewo. W przyczynowym związku z wrzodem dwunastnicy pozostające 1) zmiany kształtu opuszki dwunastniczej mogą być spowodowane bezpośrednio przez wrzód, przez bliznę, przez zrost lub przez kurcz; pozatem zdarzać się mogą zniekształcenia sylwetki opuszki dwunastniczej i w ogóle dwunastnicy pochodzenia niewrzodowego (uchyłki i zwężenia dwunastnicy, wrodzone zrosty w następstwie spraw chorobowych pozadwunastniczych, nowotwory, zmiany kształtu dwunastnicy wskutek jej ucisku np. przez rozszerzony pęcherz żółciowy). Nieraz bardzo trudne lub niemożliwe jest ustalenie, o ile zmiana kształtu sylwetki dwunastnicy jest skutkiem bezpośrednio przez wrzód wywołanej organicznej zmiany ściany dwunastnicy, o ile zaś objawem kurczowym. We wrzodach opuszki dwunastniczej spostrzega się następujące zmiany jej kształtu: a) Przypłaszczenie (wyprostowanie konturu) lub nawet wklęśnięcia jednej z jej bocznych ścian, najczęściej zwróconej do krzywizny małej. Jest ono wyrazem naciekowego lub bliznowatego zesztywnienia ściany dwunastnicy, która w razie prawidłowej sprężystości przy należytem wypełnieniu opuszki dwunastniczej masą kontrastową, ma jak wyżej powiedziano, wygląd mniej lub więcej wypukły. Wskutek tej zmiany przesmyk miedzy jamą odźwiernikową i opuszką dwunastniczą odpowiadający odźwiernikowi i znajdujący się prawidłowo w środku przerwy cieniowej między ich cieniami przybiera nieraz położenie odśrodkowe, przesunięte ku stronie zmienionej. W innych przypadkach spotyka się b) zazębienie i na ograniczonej przestrzeni zamazanie konturu opuszki dwunastniczej, które przemawiają za znaczniejszem owrzodzeniem lub za zrostowemi zmianami ściany dwunastnicy. Najczęściej spotyka się zmiany tej ściany, która jest zwrócona do krzywizny małej żołądka; ta ściana bowiem jest najczęstszą siedzibą wrzodu. Zmiany te występują dość wyraźnie na dobrych rentgenogramach, które jednak na ogół wymagają powtórzenia kontrolnego w tem samem ułożeniu chorego w parę minut po pierwszem zdjęciu. Gdy na dwóch w ten sposób otrzymanych rentgenogramach widzi się w tem samem miejscu taką samą nieprawidłowość kształtu, jest prawie wykluczone, by nieprawidłowość ta była wyrazem niedostatecznego wypełnienia masą kontrastową opuszki dwunastniczej w jednem i tem samem stadjum jej wypełniania lub wypróżniania się. Z innych zmian ksatałtu opuszki dwunastniczej, spostrzeganych we wrzodach należy wymienić wgłębienia i wypuklenia jej na ograniczonej małej przestrzeni. c) Wgłębienie, będące ubytkiem cienia, może odpowiadać naciekowi lub bliznowatemu zesztywnieniu ściany w miejscu wrzodu lub być wyrazem miejscowego kurczu. W pierwszym wypadku odpowiednio do najczęstszej siedziby wrzodu zdarza się ono najczęściej na brzegu opuszki dwunastniczej zwróconym do krzywizny małej żołądka, w drugim wypadku występuje najczęściej po stronie drugiej w miejscu przeciwległem siedzibie wrzodu, podobnie do kurczowego wcięcia krzywizny wielkiej żołądka naprzeciw wrzodu znajdującego się na krzywiźnie małej. Przeciwległe sobie wgłębienia obu bocznych brzegów opuszki są najczęściej wyrazem kurczu dwunastnicy, który może towarzyszyć wrzodowi lub być objawem nerwicowym, występującym bez obecności wrzodu. Podobnie jak wgłębienie brzegów opuszki dwunastniczej, tak też i jej d) wypuklenie (dodatek cieniowy), należące do objawów wrzodów dwunastnicy może być rozmaitego pochodzenia. Przedewszystkiem rozróżniamy dwa rodzaje wrzodowych wypukleń dwunastniczych: nyże dwunastnicowe i uchyłki wrzodowe. Nyża dwunastnicowa, powstaje w podobny sposób, jak nyża żołądkowa w miejscu siedziby wrzodu, a zatem najczęściej na ścianis opuszki dwunastniczej zwróconej do krzywizny małej żołądka. Są one na ogół znacznie mniejsze od nyż żołądkowych. Podobnie jak we wrzodowej nyży żołądka może kępka masy kontrastowej w nyży dwunastniczej pozostawać przez czas dłuższy, nawet po wypróżnieniu się żołądka i dwunastnicy i powodować na rentgenogramie «trwałą plamkę dwunastniczą«. Podczas gdy nyża powstaje w miejscu siedziby wrzodu, uchyłek wrzodowy powstaje obok wrzodu lub jeszcze częściej naprzeciw niego na przeciwległej ścianie opuszki dwundstniczej. Wobec naciekowego zesztywnienia i bliznowatego skurczenia się części ściany zajętej przez wrzód pod wpływem ciśnienia śróddwunastnicowego zastępczo wypukla się silniej zdrowa część ściauy opuszki dwunastniczej, wskutek czego rozwija się tam uchyłek wrzodowy. Uchyłki te powstają najczęściej na bocznej ścianie opuszki dwunastniczej. Ackerlund opisał drobne uchyłki dwunastnicze, które rozwijają się powyżej organicznego lub spastycznego zwężenia wrzodowego najczęściej na tej samej ścianie, na której znajduje się wrzód. Ponadto zdarzają się, aczkolwiek rzadko, uchyłki dwunastnicy, podobnie jak i uchyłki żołądka, wskutek pociągania ściany przez zrosty błony surowiczej.

Ze zmian tych i ich kombinacyj wynika wielka rozmaitość postaci patologicznych opuszki dwunastniczej; podział ich na postaci typowe (jak postać listka koniczyny, klepsydry itd.) zdaje mi się być wymuszony i sprowadza zamęt nie obejmując wszystkich postaci, jakie się zdarzają.

Ustalenie znaczenia rozpoznawczego opisanych przez Chaoul'a i Stierlin'a objawów «wyrostka odźwiernikowego« i «ostrogi odźwiernikowej« wymaga jeszcze dalszych spostrzeżeń. Rozpoznanie różniczkowe między wrzodem dwunastnicy i wrzodem odźwiernikowej części żołądka na podstawie obrazów rentgenologicznych często jest niemożliwe, gdyż wrzód odźwiernikowej części żołądka sprowadza często

zrostowe zmiany kształtu opuszki dwunastniczej, następstwem zaś wrzodu dwunastnicy bywają zrosty przyodźwiernikowej części żołądka; obydwa zaś dają te same objawy pośrednie. W tych przypadkach racjonalnem jest rozpoznawanie wrzodu przyodźwiernikowego (*ulcus juxtapyloricum*). Oprócz zmian kształtu opuszki objawem dwunastniczym wrzodu dwunastnicy jest t. zw. 2) opuszka trwała, polegająca na tem, że górna część dwunastnicy po zupełnem wypróżnieniu się żołądka jest jeszcze przez dłuższy czas jędrnie wypełniona masą kontrastową. Trwała plamka dwunastnicowa różni się od cienia trwałej opuszki dwunastniczej położeniem, jakoteż tem, że jest od niej znacznie mniejsza. Jakkolwiek trwała opuszka dwunastnicowa jest częstym objawem wrzodu dwunastnicy, pamiętać należy, że przyczyną jej może być nieraz mechaniczna przeszkoda w postaci zrostów okołodwunąstniczych, które się wytworzyły w następstwie spraw chorobowych pozadwunastniczych jak wskutek zapalenia woreczka żółciowego i jego otoczenia. Również ostre zagięcie dwunastnicy w miejscu przejścia jej części górnej w część zstępującą przy opadnięciu żołądka może być przyczyną dłuższego zatrzymywania się masy kontrastowej w opuszce dwunastniczej.

Ból przy ucisku w miejscu odpowiadającem dwunastnicy ma również niemałe znaczenie dla rozpoznawania jej wrzodu. Stwierdzając objaw ten zapomocą radjopalpacji trzeba liczyć się z suggestją i symylacją, jak również z tem, że inne stany chorobowe, jak zapalenie woreczka żółciowego i jego otoczenia, jako też w następstwie ich powstałe zrosty mogą powodować również bolesność przy ucisku w okolicy dwunastnicy.

Z objawów żołądkowych, polegających na zaburzeniach funkcji żołądka spotykamy we wrzodzie dwunastnicy:

a) Zaburzenia w napięciu mięśniówki żołądka: częściej hypertonję, rzadziej atonję, często kurcze mięśniówki, przedewszystkiem kurcz powodujący dwudzielność żołądka i kurcz odźwiernika;

b) Zaburzenia w perystaltyce, mianowicie perystaltykę wzmożoną, która rozpoczyna się wysoko, wytwarza w żołądku głębokie wcięcia i przybiera największe nasilenie w okolicy przyodźwiernikowej. Okolica ta pod naporem silnych fal perystaltycznych tłoczących zawartość żołądka ku przeciwstawiającemu się im oporowi, rozszerza się, tworzy t. zw. wyładowania boczne i przesuwa się na prawo i do góry (*propulsio pylori*). Podobne przesunięcie części odźwiernikowej żołądka na prawo i do góry może być skutkiem zrostów odźwiernikowych w następstwie wrzodu odźwiernika, dwunastnicy lub stanów zapalnych woreczka żółciowego i jego otoczenia;

c) Zaburzenia w czynności wydzielniczej żołądka, mianowicie nadmierne wydzielanie soku żołądkowego, objawiające się w obrazie rentgenowskim zwiększoną warstwą środkową.

d) Zaburzenia w czynności ruchowej żołądka. Tu należy niedomoga odźwiernika (*insufficientia pylori*), polegająca na zaniku odruchu odźwiernikowego Mering'a, i objawiająca się tem, że masa kontrastowa wprowadzona do żołądka, przelewa się przez odźwiernik szybko jednym ciągiem bez prawidłowych przerw okresowych, wskutek czego widoczna jest cała dwunastnica wypełniona masą kontrastową i szybkie wypełnianie się górnych pętli jelita czczego. Niedomykalność odźwiernika może też być pochodzenia organicznego spowodowaną przez zrosty okołoodźwiernikowe lub przez rakowate zesztywnienie odźwiernika przy braku jego zwężenia. We wrzodzie dwunastnicy zaburzenie czynności ruchowej żołądka występuje często pod postacią tzw. czynności ruchowej dwunastniczej *(Duodenale Magenmotilität)*, polegającej na tem, że w początkowym okresie trawienia czynność ruchowa żołądka jest przyspieszona wskutek niedomogi odźwiernika, w późniejszym zaś okresie zmniejszoną wskutek wystąpienia kurczu odźwiernika. Rezultatem tej czynności ruchowej bywa, że w 6 godzin po obiedzie kontrastowym znaczna część masy kontrastowej wypełnia już kiszkę ślepą i okrężnicę wstępującą, druga zaś jej część pokaźna zalega jeszcze w żołądku.

Znamiennym dla wrzodu dwunastnicy jest następujący zespół objawów: niedomoga odźwiernika mimo nadmiernego wydzielania soku żołądku (nadkwasoty żołądka) i zmniejszona czynność (sprawność) ruchowa żołądka mimo początkowo występującej niedomogi odźwiernika.

W przeciwstawieniu do objawów dwunastniczych zwłaszcza zmian kształtu cienia opuszki dwunastniczej, które dla rozpoznania wrzodu dwunastnicy mają znaczenie pierwszorzędne, objawy żołądkowe czynnościowe, mogące występować również przy innych zmianach organicznych, a także samoistnie jako wyraz stanu podniecenia żołądka (nerwicy) pod względem ich wartości dla rozpoznawania wrzodu dwunastnicy ustępują na plan dalszy.

W jednym przypadku wrzodu spotyka się więcej, w innym mniej objawów powyższych, zdarzają się też przypadki wrzodu żołądka lub dwunastnicy, w których wynik badania rentgenologiczny jest ujemny. Objawy rentgenologiczne wrzodu żołądka i wrzodu dwunastnicy winny być, celem należytego ich zużytkowania dla rozpoznania, w każdym przypadku rozpatrywane w związku z innemi wynikami badania klinicznego i z danemi z wywiadów. Zarówno zaniedbywanie badania rentgenologicznego i ignorowanie jego wyników, jako też i przecenianie ich i jednostronne opieranie na nich rozpoznania oddalają lekarza od zdobycia prawdy i narażają go na błędy rozpoznawcze.

Medycyna społeczna.

Dr. Piotr KLAMRZYŃSKI, zast. kier. Ekspoz. Białostockiej Nacz. Nadzw. Komisarjatu epid. Białystok.

Zwalczanie epidemij w strefie sanitarnej ochronnej i tłumienie ognisk w głębi kraju.

(Według odczytu, wygłoszonego na kursach epidemjologicznych dla lekarzy w Warszawie).

Ziemie wschodnie Rzeczypospolitej Polskiej, gdzie stan sanitarny, zwłaszcza w najbardziej zrujnowanych wojną dzielnicach wschodnich, pozostawia dużo do życzenia, stały się w ostatnich latach gniazdem najrozmaitszych chorób zakaźnych, w szczególności zaś duru plamistego i powrotnego. Wzrost epidemji tych chorób był wynikiem zubożenia kraju, brudu i zawszenia jej mieszkańców; prócz tego nieostatnią odgrywa tu rolę niski poziom kultury mieszkańców Kresów wschodnich.

Mimo to możnaby łatwo opanować te epidemje miejscowe, gdyby nie repatrjacja z Rosji, gdzie wojna i rewolucja wpłynęły w dużej mierze na upośledzenie stanu zdrowotności i przyczyniły się do niebywałego rozmnożenia różnego rodzaju owadów, wskutek czego wytworzyły się warunki, sprzyjające rozwojowi chorób zakaźnych. Niebezpieczeństwo zawleczenia zarazy wzmogło się, kiedy setki tysięcy repatrjantów, wysiedlonych w czasie wojny w głąb Rosji, falą zaczęły powracać do kraju, niosąc zarazę, która, gdyby nie kolosalne wysiłki władz i społeczeństwa, mogła objąć coraz to dalsze terytorja, a nawet przerzucić się w głąb kraju, a stąd dalej na zachód.

Sprawa więc repatrjacji stała się dla Polski, a pośrednio dla Europy, zagadnieniem pierwszorzędnej doniosłości, co łatwo zrozumieć, jeżeli się zważy, że repatrjanci powracali z kraju, gdzie epidemje tyfusów i cholery trwają od dłuższego czasu bez przerwy, mając charakter endemiczny.

Usiłowania rządu naszego były skierowane ku temu, ażeby się należycie zorganizować, ażeby przystąpić do pracy z całą świadomością zadań i niebezpieczeństwa. Wobec tego został powołany do życia Naczelny Nadzwyczajny Komisarjat do spraw walki z epidemjami, którego zadaniem było z jednej strony — zapobiedz zawleczeniu epidemji z zewnątrz, a z drugiej — tłumić istniejące już w kraju ogniska epidemji.

Ażeby sprostać pierwszemu zadaniu, wyznaczono, w[illegible] uprzednio opracowanego planu, strefę sanitarną, gdzie w[illegible] kie zabiegi poddano ścisłej kontroli sanitarnej i sk[illegible]

odbycia wyznaczonej kwarantanny nikt z repatrjantów nie mógł się wydostać, a nawet po przybyciu do domu nie wypuszczano go z pod opieki lekarskiej. W tej strefie punkty odbiorcze, przejściowe i kwarantannowe dostosowano do wzmożonego ruchu repatrjacyjnego i celem gruntownego oczyszczania przybywających, wyznaczono podwójną linję punktów kwarantannowych; wreszcie przy tychże punktach przejściowych zorganizowano obszerne szpitale, w których zarezerwowano wyłącznie dla repatrjantów znaczną liczbę łóżek.

Drugie zadanie polegało na stworzeniu dostatecznej liczby szpitali epidemicznych, zaopatrzonych w łaźnie, kolumny szczepienne, ruchome kolumny szpitalne, których zadaniem było walczyć na miejscu z zalewającą falą epidemij, wywołanych tak repatrjacją, jak również zubożeniem, wyniszczeniem kraju, oraz ciemnotą, brudem i zawszeniem mieszkańców.

Strefa sanitarna jest to obszar, znajdujący się między granicą polsko-rosyjską z jednej strony, linją zaś Białystok-Dorohusk z drugiej strony, o powierzchni 122.000 km kw. ($^1/_3$ Polski), a ludności 4.099.000 (35 mieszkańców na 1 km kw.). Obszar ten pod względem kultury, oświaty i rozwoju ekonomicznego stoi o wiele niżej od zachodniej części kraju, rdzennie polskiego. Nie lepiej przedstawia się i stan sanitarny tych ziem; i pod tym względem teren ten był niezmiernie zaniedbany, liczba szpitali epidemicznych oraz liczba łóżek jest zupełnie niewystarczającą.

Przez ten to właśnie teren odbywa się repatrjacja.

Nieszczelność granicy i nienormalne warunki ruchu podróżnych stanowiły wielką trudność w stworzeniu kontroli. Wobec tego okazało się niezbędnem stworzyć w tej strefie odpowiednie urządzenia sanitarne, które miały na celu zatrzymać chorych repatrjantów oraz, ażeby żaden z repatrjantów nie mógł przedostać się do kraju, nie przeszedłszy przez jeden z punktów odbiorczych i kwarantannowych.

Powrót repatrjantów odbywa się przeważnie drogą kolejową i tylko w nieznacznej części drogą kołową, wobec czego zwrócono największą uwagę pod względem kontroli sanitarnej na te drogi kolejowe, któremi Polska łączy się z Rosją.

Takich dróg jest trzy; wyznaczono więc trzy graniczne stacje końcowe przeładunkowe, gdzie odbywa się odbiór repatrjantów: Stołpce, Mikaszewicze i Zdołbica; na tych stacjach znajdują się urządzenia kąpielowo-dezynfekcyjne, personel lekarski i pomocniczy, i tu przeprowadza się kontrolę nad wszystkiemi osobami, które przybywają z Rosji.

Wszystkie zabiegi sanitarne i kwarantannowe przebywają repatrjanci w Baranowiczach, Łunińcu i Równem, dokąd ich przywożą ze stacji przeładunkowych. Tu wydaje się świadectwa, stwierdzające, że dana osoba jest zdrowa, nie stykała się z chorymi, jest wykąpana, odwszawiona, zaszczepiona.

Ze względu jednak na znaczny ruch repatrjacyjny i w związku z tem niedostateczną gwarancję, czy wszystkie czynności sanitarne należycie zostały tam wykonane, utworzono drugą linję punktów kwarantannowych w Białymstoku i Dorohusku, gdzie wykonywa się baczniejszą kontrolę nad repatrjantami i gruntowniejsze oczyszczanie przyjezdnych, również połączone z kwarantanną i w razie potrzeby szczepieniem i badaniem co do roznosicielstwa cholery. Świadectwa lekarskie z punktów pierwszej linji wymienia się tu na nowe zaświadczenia uzupełnione.

Postępowanie na I. linji punktów kwarantannowych.

Na teren działalności Ekspozytury Białostockiej przybywają repatrjanci przeważnie z Baranowicz, znacznie rzadziej z Łunińca i Równego.

Stacją przeładunkową przed Baranowiczami są Stołpce, gdzie repatrjanci przesiadają się z pociągów rosyjskich do [illegible]ych, przyczem tu odbywa się pierwsza kontrola sani[illegible]; repatrjantów segreguje się na zdrowych i chorych; [illegible]h umieszcza się w osobnych wozach sanitarnych przy [illegible]ch JUR'a[1]), których 6 eskortowanych przez strażników stale kursuje między Stołpcami i Baranowiczami. W Stołpcach istnieje Ekspozytura Urzędu emigracyjnego z barakiem, gdzie przybyli repatrjanci otrzymują pokarm i mają w razie potrzeby schronienie. Przy etapie istnieje szpital epidemiczny N. N. K. na 25 łóżek.

Dalsze zabiegi sanitarne odbywają się dla punktu odbiorczego Stołpce w Baranowiczach, gdzie etap może pomieścić 10.000 — 12.000 ludzi i gdzie są dwa szpitale na 1.000 łóżek. Prócz tego istnieje tu etapowe ambulatorjum z izbą chorych, dwie łaźnie, męska i kobieca, z 88 natryskami z dzienną frekwencją do 3.000 osób, duża komora cjano-wodorowa, barak szczepienny, barak izolacyjny dla rodzin, w których były przypadki cholery i pracownia bakterjologiczna. Etap jest rozdzielony na brudny i czysty i odgrodzony drutem kolczastym z przejściami, strzeżonemi przez osobne posterunki, aby nieodwszawieni repatrjanci nie mieli żadnej styczności z wykąpanymi.

Po przybyciu repatrjantów do Baranowicz na etap brudny osobnym torem kolejowym, odbywa się przy wyładowywaniu kontrola sanitarna, przyczem cały transport repatrjantów ponownie segreguje się na zdrowych i chorych. Chorych odwozi się natychmiast do Izby chorych, ewentualnie do baraku obserwacyjnego, skąd już po ustaleniu choroby kieruje się ich do odpowiednich oddziałów szpitala, po ostrzyżeniu i wykąpaniu w łaźni szpitalnej.

Zdrowi oddają rzeczy do komory cjanowodorowej, a sami idą do łaźni, poczem zostają pierwszy raz zaszczepieni »Tetrą« i krowianką i tutaj także pobiera się treść odbytnicy do probówek, celem zbadania co do roznosicielstwa cholery. W ubieralni otrzymują repatrjanci komplet czystej bielizny, w którą na miejscu ubierają się, oraz odzież odkażoną; następnie po otrzymaniu świadectwa lekarskiego o przebyciu zabiegów sanitarnych, repatrjanci dostają się przez wyjście czyste na etap czysty, gdzie muszą odbyć 5-dniową kwarantannę. (Na drugiej linji punktów kwarantannowych w Białymstoku, ewentualnie Dorohusku — kwarantanna trwa drugie 5 dni, co wraz z drogą wyniesie około 2 tygodni ścisłej obserwacji lekarskiej).

W czasie kwarantanny baraki z uchodźcami odwiedza codziennie lekarz kontroli sanitarnej w celu wyszukiwania ukrywających się chorych i zabrudzonych uchodźców; uchodźców z podwyższoną ciepłotą wysyła się natychmiast na oddział obserwacyjny, a brudnych do łaźni dla powtórnej kąpieli i dezynfekcji. W tym też czasie otrzymują repatrjanci drugie szczepienie (przerwa między pierwszem i drugiem szczepieniem trwa 5 dni), a z pracowni bakterjologicznej nadchodzą wyniki badań. O ile wynik okaże się dodatnim, to odosobnia się nosiciela w specjalnym baraku, gdzie badania powtarza się co 3 dni do czasu otrzymania wyniku ujemnego. Rodzinę nosicieli również odosabnia się w przeznaczonym na ten cel innym baraku; badanie powtarza się jeszcze raz, niepodejrzanych zwalnia się z pod obserwacji i odsyła do ogólnych baraków. Na świadectwie lekarskiem zapisuje się i te wszystkie zabiegi sanitarne, zaznacza się, że repatrjant był »badany co do cholery«, że »wyjazd dozwolony« i to dopiero daje prawo repatrjantowi do odbywania dalszej podróży. Odjeżdżający repatrjanci poddają się jeszcze raz w wagonach kontroli sanitarnej, podejrzanych o chorobę zatrzymuje się i odsyła do izby chorych na obserwację.

Pociągi, jak również baraki, odkaża się po każdym transporcie zwyczajnie, baraki oprócz tego raz na trzy tygodnie cjanowodorem.

Na stacji osobowej w Baranowiczach, odległej od etapu o 44 klm., urządzony jest przy punkcie żywnościowym JUR'a punkt izolacyjny, gdzie zatrzymuje się chorych podróżnych.

Dla ruchu kołowego istnieje niedaleko od Baranowicz punkt (we wsi Siniawka), położonej na trakcie Mińsk-Brześć, gdzie jest szpital na 15 łóżek, a repatrjanci po wykąpaniu się w baraku Dekera i odkażeniu rzeczy, idą do oddziału czystego, nie pozostając tam dłużej, niż wymagają powyższe zabiegi sanitarne, ponieważ w Baranowiczach, przez które muszą przejść, odbędą niezbędną kwarantannę.

W czasie od 1. III. — 1921 roku do 1. IX. — 1922

[1]) Urząd opieki nad jeńcami i wychodźcami.

roku przez etap w Baranowiczach przeszło 479.625 repatrjantów, w tem chorych 14.802, co stanowi około 3%.

Wobec tego dość znacznego ruchu repatrjacyjnego w Baranowiczach, i konieczności utrzymania stałej rezerwy miejsc na etapach, a głównie w szpitalach i zapewnienia przybywającym jak najlepszych warunków, przeprowadza się dość często ewakuację chorych pociągiem sanitarnym.

Otwarcie drugiego punktu kwarantannowego dla repatrjantów w Łunińcu miało na celu odciążenie Baranowicz i Równego. Jednakże teraz ruch repatrjacyjny w Łunińcu jest bardzo słaby: ruch pociągów od strony Rosji obecnie ustał i etap tamtejszy służy jedynie dla przeładowania tych repatrjantów, którzy przekraczają granicę drogami kołowemi i nie mogą wykazać się żadnemi świadectwami lekarskiemi.

W odległości 3 klm. od granicy rosyjskiej, którą tu jest rzeka Słucz, znajduje się Ekspozytura Urzędu emigracyjnego w Mikaszewiczach z barakiem na 50 uchodźców, łaźnią z 4 natryskami pod namiotem z komorą cjanowodorową oraz punktem szczepiennym.

Repatrjanci pozostają w Mikaszewiczach nie dłużej, jak kilka godzin; otrzymują zaświadczenia o odbytych formalnościach i odjeżdżają pociągiem do Łunińca, gdzie pojemność etapu obliczona jest na 400 osób. Przy etapie w Łunińcu jest szpital epidemiczny na 50 łóżek.

Postępowanie z repatrjantami jest tu analogiczne, jak w Baranowiczach: repatrjanci kąpią się w łaźni szpitalnej, otrzymują bieliznę, szczepią się i odbywają 5 dniową kwarantannę, a podejrzani dłuższą. Ci zaś z repatrjantów, którzy przyjechali końmi, odbywają kwarantannę conajmniej 10 dniową.

Do pierwszej linji punktów kwarantannowych należy prócz Baranowicz i Łunińca jeszcze Równe, dokąd uchodźcy idą z południa Rosji i gdzie postępowanie z repatrjantami jest takie same, jak w Baranowiczach; jest tam szpital na 700 łóżek, łaźnie, baraki dla uchodźców i pracownia bakterjologiczna. Dla przewożenia chorych z punktu odbiorczego Zdołbica są, jak i w Baranowiczach, osobne pociągi z wozami sanitarnemi.

Druga linja punktów kwarantannowych.

Podjęta w ten sposób walka z niesłychanym wprost brudem repatrjantów, w których ubraniach i kożuchach gnieżdżą się miljony wszy, z powodu tłumów przybywających do Baranowicz i Równego, nie daje gwarancji, że wszystkie czynności sanitarne na wymienionych puntach należycie zostały wykonane; utworzono więc drugą linję punktów kwarantannowych w głębi kresów wschodnich, w Białymstoku i Dorohusku, gdzie roztacza się baczniejszą kontrolę nad repatrjantami, dokonywa się gruntowniejszego oczyszczenia przyjezdnych, połączonego z kwarantanną i w razie potrzeby, szczepieniem i badaniem bakterjologicznem co do roznosicieistwa przecinkowców oraz wydaje się nowe świadectwa lekarskie.

Dla tych czynności sanitarnych są w Białymstokn i Dorohusku etapy z Inspektorem sanitarnym, łaźniami, urządzedzeniami dezynfekcyjnemi, barakami dla uchodźców oraz szpitalami dla chorych.

Etap w Białymstoku znajduje się za miastem; pojemność jego wynosi do 4.000 osób, rozdzielony jest na brudny i czysty drutem kolczastym.

Zaraz po przybyciu pociągu mierzy się ciepłotę ciała wszystkim repatrjantom jeszcze w wagonach; tuż na rampie, w tak zwanym punkcie izolacyjnym odbywa się przegląd lekarski, celem wydzielenia chorych i podejrzanych, których niezwłocznie odsyła się do szpitala epidemicznego Nr. I. na obserwację. Wszystkie rzeczy repatrjantów odwozi się wagonetką do komory cjanowodorowej, znajdującej się na sąsiedniej rampie i po przeprowadzeniu desynfekcji odwozi się do magazynu. Wszyscy zaś zdrowi repatrjanci pod eskortą milicjantów skierowani zostają przez środkową brudną bramę etapu do oddziału brudnego, odgrodzonego drutem kolczastym od reszty etapu, poczem bramę zaraz się zamyka. O ile łaźnia jest wolna, to pobyt repatrjantów w baraku brudnym gdzie otrzymują oni pożywienie, nie trwa dłużej, jak kilka godzin.

Z brudnego baraku przechodzą repatrjanci partjami po 50 osób do odwszawiarni, której urządzenie w zupełności stosuje się do ogólnie przyjętej zasady uniknięcia stykania się wchodzącego do kąpieli człowieka brudnego z czystym; wykazani wychodzą stąd przez oddzielne wejście do oddziału czystego etapu.

Repatrjanci wchodzą do fryzjerni, w której znajduje się miejsce specjalnie przeznaczone do strzyżenia i mycia włosów. Miejsce to szczelnie odgrodzone jest deskami w rodzaju barjery z wsuwanem dnem blaszanem, którego boki są zagięte; dno to jest jakby szufladą głębokości 12 cm. W szufladzie tej znajduje się jeden ze środków odkażających (krezol, nafta) a po ostrzyżeniu partji repatrjantów opróżnia się tę szufladę. W odgrodzeniu tem repatrjanci siedzą na ławce, mając nogi oparte na osobnej podstawce. Stąd repatrjanci idą do rozbieralni, oddają swoje rzeczy (ubranie i bieliznę) do odkażania przez okno, które jest w ścianie rozbieralni. Rzeczy te idą do dwóch amerykańskich komor parowych, rzeczy zaś skórzane do komory cjanowej, przerobionej z szafy Kłobukowskiego. Następnie po otrzymaniu mydła idą repatrjanci do sal kąpielowych z 25 natryskami, poczem wychodzą już innem wejściem do ubieralni, otrzymują odzież odkażoną i idą do sali, gdzie się odbywa szczepienie krowianką i »Tetrą«, o ile repatrjant nie był wcale szczepiony. Po kąpieli powtórnie pobiera się treść odbytnicy celem zbadania co do przecinkowców cholery, a potem idą repatrjanci do czystego baraku, gdzie odbywają 5 dniową kwarantannę.

W tym czasie napływają wyniki badań z pracowni bakterjologicznej i, o ile wynik okaże się dodatni, to roznosicieli wraz z najbliższem otoczeniem przenosi się do szpitala epidemicznego N. 2, znajdującego się za miastem w odległości 3 klm.; badania te powtarza się co 3 dni, dopóki nie będzie wyniku ujemnego.

Przy etapie istnieje ambulatorjum, do którego repatrjanci z czystego baraku udają się po poradę lekarską, a przed wyjazdem przeprowadza się badanie lekarskie wszystkich odjeżdżających repatrjantów, przedewszystkiem jednak podejrzanych objawów ze strony przewodu pokarmowego. Podejrzanyeh o chorobę zatrzymuje się i skierowuje z chorobami zakaźnemi do szpitala Nr. I, z objawami zaś jelitowo-żołądkowemi do szpitala Nr. 2.

Na drugiej linji punktów kwarantannowych znajduje się drugi etap w Dorohusku, gdzie ogólne zasady sanitarne, a więc ścisła kontrola lekarska oraz bakterjologiczna niczem nie różnią się od tylko co opisanej.

Domy izolacyjne.

Po przebyciu tej podwójnej linji kontroli sanitarnej repatrjanci, zaopatrzeni w odpowiednie świadectwa, mogą już wyjechać do miejsca swojego stałego zamieszkania, jednakże i tu znajdują się przez pewien czas pod ścisłym dozorem lekarskim. A mianowicie na stacjach, gdzie ruch repatrjantów jest zwiększony, jak n. p. na linji kolei żelaznych Poleskich, zorganizowano tak zwane punkty wyładowcze; tutaj bada się repatrjantów co do stanu zdrowia, przyczem podejrzanych o jakąkolwiek chorobę zakaźną natychmiast odsyła się do szpitali epidemicznych, całe zaś najbliższe otoczenie, z którem stykał się chory, znowu odbywa kwarantannę w domach izolacyjnych.

W tym celu na całym terenie działalności Ekspozytury Białostockiej otwarto domy izolacyjne w liczbie około 15, gdzie prócz konieczności odbywania kwarantanny mają repatrjanci chwilowy przytułek, ponownie kąpią się, a rzeczy ich odkażają. Urządzenie tych domów izolacyjnych niczem nie różni się od ogólnie przyjętego typu tego rodzaju urządzeń sanitarnych, którego zasada polega na tem, ażeby wchodząca do domu izolacyjnego (tak jak i na etapie) osoba brudna nie stykała się z obmytą, ostrzyżoną i odwszoną.

Przez cały czas pobytu w domach izolacyjnych wszyscy repatrjanci podlegają kontroli lekarskiej; codziennie lekarz obchodzi wszystkie pomieszczenia, chorych i podejrzanych wysyła do szpitali, a dotkniętych wszawicą wyznacza do ponownej dezynfekcji.

Tak więc od chwili przekroczenia granicy Państwa Polskiego repatrjant znajduje się pod kontrolą lekarską aż do wyjazdu z ostatniego punktu obserwacyjnego, ale i po przybyciu na miejsce zamieszkania w przeciągu jeszcze trzech tygodni znajduje się on pod kontrolą lekarską. Urzędy gminne mają obowiązek donieść o przybyłych lekarzowi powiatowemu lub epidemicznemu, ewentualnie rejonowemu; w razie stwierdzenia u przybyłego choroby poddaje się go przymusowemu leczeniu w najbliższym szpitalu epidemicznym N. N. K., lub oczyszczaniu, o ile przybyły okaże się zawszonym.

W ciągu więc blizko 2 tygodni repatrjanci są odosobnieni na etapach podwójnej linji kwarantannowej i nie mogą się stykać z ludnością miejscową; prócz tego w ciągu pewnego czasu znajdują się w domach izolacyjnych, wreszcie przez 3 tygodnie, już na miejscu stałego zamieszkania, znajdują się pod kontrolą lekarską.

Przez cały ten czas repatrjanci są szczepieni, badani co do roznosicielstwa cholery, myci, strzyżeni, wszystkie ich rzeczy są odkażane i nieraz wszystkie te zabiegi dokonywane są parokrotnie, czyli, że ze strony Naczelnego Komisarjatu wykonywa się wszystko, ażeby przeszkodzić szerzeniu się chorób zakaźnych, któreby mogły być zawleczone przez repatrjantów z Rosji.

Mimo tego jednak, zdawałoby się, tak dokładnie obmyślonego systemu ochrony przeciw epidemjom, niebezpieczeństwo w tym względzie dla naszego Państwa, zwłaszcza wschodniej jego części, nie przestało istnieć.

Szpitalnictwo.

Powróciwszy do swoich dawnych siedzib, repatrjanci, po większej części ludzie słabi, wyczerpani drogą wygłodzeni, a więc ze znacznie zmniejszoną odpornością ustroju, bardzo łatwo zapadają na choroby zakaźne, a co jeszcze ważniejsze pogarszają zły i bez tego stan sanitarny miejsc, do których przybywają, zwłaszcza na Kresach wschodnich, gdzie liczba mieszkań zmniejszyła się o olbrzymi odsetek. N. p. w powiatach Kobryńskim, Pińskim, Brzeskim i Słonimskim pozostała zaledwie siódma część budynków niespalonych, w innych powiatach, mianowicie — w Święciańskim, Oszmiańskim i Nowogródzkim — wskutek wojny światowej zniszczało 90% zabudowań; w niektórych wsiach pozostały tylko zgliszcza, wobec czego ludność mieszka w chlewach lub ziemiankach, jak n. p. w powiecie Kosowskim, Województwa Poleskiego.

Napływ więc setek tysięcy repatrjantów do kraju, znajdującego się w takich warunkach, jeszcze bardziej pogarsza jego stan sanitarny, zwiększając ciasnotę i brud, wytwarzając warunki, sprzyjające szerzeniu się chorób zakaźnych.

Na terenie Ekspozytury Białostockiej są okolice, w których dur plamisty i powrotny mają charakter prawie endemiczny, jak naprzykład okolice Grodna, Prużan, Wołkowyska, Kosowa; powrót repatrjantów do tych miejscowości jeszcze bardziej spotęgował epidemję.

Wobec tego Naczelny Komisarjat nie mógł poprzestać na tylko co opisanej działalności zapobiegawczej; wysunęła się więc na pierwszy plan konieczność podjęcia równolegle drugiej akcji — tłumienia istniejących już ognisk epidemji.

W tym celu Naczelny Komisarjat uznał za niezbędne stworzenie na terenie Kresów wschodnich sieci szpitali epidemicznych, zaopatrzonych w łaźnie, kolumny dezynfekcyjne oraz ruchome kolumny szpitalne, punkty szczepienne, ażeby módz natychmiast odosobniać chorych i na miejscu zwalczać epidemję.

Przy zakładaniu szpitali napotkał Naczelny Komisarjat na wielkie trudności; nietylko we wsiach i miasteczkach, ale nawet i w większych miastach znalezienie odpowiedniego pomieszczenia nieraz było niemożliwe. Wobec braku odpowiednich budynków, oraz fatalnego stanu pozostałych gdzieniegdzie szpitali bądź miejskich, bądź tak zwanych ziemskich, uruchomiono szpitale endemiczne.

Szpitale te znajdują się częściowo w pobliżu głównych linji kolejowych: Porzecze—Białystok, Lida—Bielsk, Baranowicze— Brześć, Łuniniec—Brześć; częściowo zaś w miejscowościach, znajdujących się między temi linjami, bądź przy traktach kołowych, bądź przy linjach kolejowych pobocznych.

Obecnie Kresy wschodnie są pokryte siecią dobrze zorganizowanych szpitali epidemicznych, które znajdują się w miejscowościach najbardziej zagrożonych epidemją.

Na terenie Ekspozytury Białostockiej znajduje się 24 szpitali na 2.460 łóżek, czyli jedno łóżko wypada na 88·6 mieszkańców. Wszystkie te szpitale można podzielić na etapowe i terenowe. Pierwszych jest dwa — w Białymstoku ogółem na 1.300 łóżek, które są przeznaczone wyłącznie dla repatrjantów; inne szpitale są rozmaitej pojemności 20 do 100 łóżek, najwięcej jednak jest szpitali (11) na 50 łóżek. Wszystkie szpitale epidemiczne N. N. K. urządzone są mniej więcej według jednego wzoru. Przy budowie nowych szpitali lub ich remoncie uwzględniono szereg wymagań, jakie dziś technika stawia szpitalom.

Zabudowania szpitalne mają izbę przyjęć, salę dla chorych, oddziały gospodarcze, pomieszczenia dla personalu, kostnicę i komorę dezynfekcyjną. Co się tyczy planu budowy, to starano się, o ile możności, ażeby szpitale były systemu korytarzowego; takich szpitali jest II. Przy budowie nowych szpitali starano się, ażeby położenie ich było w kierunku od północy na południe. Sale są jasne, przewietrzane za pomocą lufcików, gdzieniegdzie za pomocą wentylatorów luftowych. W niektórych szpitalach sale mają lamperję olejną i sale ogrzewane są piecami kaflowemi. Sprzęty stanowią: sprężynowe łóżko żelazne z materacem oraz stolik drewniany.

Wszystkie szpitale zaopatrzone są w dostateczną ilość bielizny, koców i leków. Prócz izby przyjęć w szpitalu są oddziały: obserwacyjny, dla duru plamistego, powrotnego, dla czerwonki, chorób dziecięcych (odra, płonica, błonica); oddzielne są sale dla mężczyzn, oddzielne dla kobiet; w niektórych szpitalach są oddziały chirurgiczne, a w Baranowiczach prócz tego oddział położniczy.

Po przybyciu do szpitala kieruje się chorego do izby przyjęć, skąd po zbadaniu i zapisaniu idzie do łaźni, w której go strzygą i kąpią; poczem, o ile choroba nie jest jeszcze rozpoznana, chory przechodzi na oddział obserwacyjny, gdzie przebywa do czasu rozpoznania choroby. Gdy rozpoznanie jest ustalone, chorego przenoszą na odpowiednią salę. Chorych zakaźnych leczy się w szpitalach bezpłatnie, co ma na celu zwiększyć frekwencję i w ten sposób przyczynić się do gruntowniejszej izolacji chorych; jedynie chorzy na choroby wewnętrzne i chirurgiczne płacą leczenie.

Obok odosobnienia chorych w szpitalach, w zakres celowej i skutecznej walki z chorobami zakaźnemi wchodzi również konieczność przeprowadzenia dokładnego odkażenia; w tym celu przy każdym szpitalu obowiązkowo znajduje się aparat dezynfekcyjny, w którym wszystkie rzeczy przybyłego do szpitala chorego, a także cała jego pościel po wystąpieniu ze szpitala poddaje się odkażeniu.

Ażeby jednak tłumienie ognisk epidemji było bardziej celowe i wyniki były korzystniejsze, zorganizowano przy wszystkich szpitalach ruchome kolumny dezynfekcyjne, posiadające jeden aparat typu lżejszego, oraz natryski Schielego. Kolumny te miały za zadanie wyjeżdżać i odkażać nie tylko te mieszkania, w których stwierdzono chorobę zakaźną, lecz i inne, szczególnie brudne, które wskazywał lekarz rejonowy lub powiatowy. Niejednokrotnie kolumny te prócz powyższych czynności, otrzymywały rozkaz, by w tej lub innej wsi wykonać ogólne oczyszczenie ludności przez odkażenie rzeczy, mieszkań i kąpanie ludności. Mimo jednak wielkiej energji, włożonej w organizację tak masowego oczyszczania ludności, cała działalność tych kolumn nie dała pożądanych wyników i tylko w niewielkiej liczbie przypadków działały one prawidłowo. Przyczyny tego były różne: personal kolumn był nie dość odpowiedni, kontrola utrudniona, kolumny nieraz działały na własną rękę, nadużycia były rzeczą zwykłą, wreszcie i same aparaty do odkażania były zbyt ciężkie i nienadawały się do tutejszych dróg, zwłaszcza w tej porze roku, kiedy najwięcej jest chorób zakaźnych. To też wkrótce kolumny te Naczelny Komisarjat musiał zwinąć.

Kolumny szpitalne ruchome.

Oczekując na wiosnę wzrostu epidemij i obawiając się że obecna liczba szpitali epidemicznych może okazać się nie-

dostateczną, Naczelny Komisarjat wydał w marcu 1922 zarządzenie, by Ekspozytury zorganizowały przy każdym szpitalu kolumnę ruchomą szpitalną, składającą się z 10 łóżek, która w każdej chwili może być wysłana do miejscowości, gdzie wybuchnie epidemja. Kolumna taka posiada prócz inwentarza szpitalnego na 10 łóżek aparat dezynfekcyjny (szafę Kłobukowskiego) i przyrządy kąpielowe (natryski Schielego). Po przybyciu na miejsce kolumna umieszcza się w odpowiednich domach (a w razie ich braku w wagonach lub namiotach) i niesie pomoc szpitalną, będąc jednocześnie miejscem izolacji dla chorych, których ze względu na odległość, czy też inne warunki, do szpitala odstawić byłoby narazie trudno. Kolumna szpitalna ma pod obserwacją otoczenie tych chorych, którzy zostali umieszczeni w szpitalu. Kolumna taka może jednocześnie rozwijać akcję kąpielowo-dezynfekcyjną, w pierwszym rzędzie w domach, gdzie był chory zakaźny, a następnie i w innych. Nadzór nad działalnością takiej ruchomej kolumny szpitalnej pozostaje w ręku kierownika szpitala, do którego należy kolumna, skąd też otrzymuje ona prowiant i leki.

Lekarze epidemiczni.

Ażeby jak najprędzej wykryć ogniska epidemji i zlokalizować je za pomocą tylko co opisanych ruchomych kolumn szpitalnych, powołano lekarzy epidemicznych.

Obowiązkiem ich było nietylko wykrywać ogniska chorób zakaźnych i wydawać w porozumieniu z Ekspozyturą doraźne zarządzenia w celu tłumienia epidemji, a więc jak najrychlej odosabniać chorych, przeprowadzać odkażenie mieszkań i rzeczy, lecz również badać stan sanitarny powierzonych sobie rejonów, mieć nadzór sanitarno-policyjny w zakresie zwalczania epidemij, prowadzić propagandę przez odczyty i pogadanki o chorobach zakaźnych wśród szerokich mas ludności, wreszcie przeprowadzać szczepienia ochronne przeciwcholeryczne.

Punkty szczepienne.

Akcja szczepienna została wywołana potrzebą zabezpieczenia ludności wobec możności pojawienia się u nas cholery, której epidemja w Rosji od roku 1920 coraz bardziej się wzmaga. W tym celu zorganizowano punkty szczepienne przy szpitalach epidemicznęch i innych, które miały za zadanie szczepienie »Tetrą« ludności na miejscu, jak również całej ludności okolicznej w promieniu działalności szpitala. Dla rozszerzenia akcji szczepiennej zorganizowano w poszczególnych rejonach przez lekarzy epidemicznych punty rejonowe i kolumny szczepienne ruchome pod kierownictwem studentów medycyny. Mimo to szczepienia nie dały oczekiwanych wyników. Wszyscy lekarze, zwłaszcza epidemiczni, jednozgodnie stwierdzają, że szczepienia szły opornie; były wsie, gdzie szczepili się nieraz tylko sołtysi i dziesiętnicy, ażeby wykonać rozkaz Starosty, cała zaś ludność nie chciała się szczepić, tłumacząc się pracą polną.

Pozostawało tylko uświadamiać ludność. Ażeby zachęcić ją do poddawania się szczepieniom, Kierownictwo Ekspozytury zwróciło się do nauczycielstwa, duchowieństwa oraz lekarzy z prośbą, by pouczano lud o konieczności zgłaszania się na punkty szczepienne; drukowano w miejscowych gazetach popularne artykuły o środkach zapobiegawczych w walce z epidemją cholery, rozklejano plakaty, urządzano odczyty i pogadanki.

Punkty szczepienne, podległe Ekspozyturze, dokonały szczepień »Tetrą« 58.736, a agendy M. Z. P. w Województwie Poleskiem 65.481; z Województwa Białostockiego danych jeszcze nie otrzymano. Przypuszczać jednak należy, że zaszczepiono 10% ludności.

Zarządzenia sanitarne.

Powyższe sprawozdanie z działalności Nadzwyczajnego Komisarjatu, głównie na terenie działalności Ekspozytury Białostockiej, należy jeszcze uzupełnić wzmianką o nadzwyczajnych zarządzeniach sanitarnych, w miarę potrzeby doraźnie wydawanych i natychmiast wykonywanych.

Zarządzenia te zasadniczo miały na celu masowe oczyszczenie kraju. W tym celu Kierownicy szpitali otrzymali polecenie, ażeby tam, skąd pochodził chory na dur plamisty lub powrotny, niezwłocznie oczyszczono mieszkanie i całe otoczenie, ażeby nawet w całej tej wsi, przeprowadzono masowe oczyszczenie wszystkich mieszkańców (przez kąpiel i strzyżenie), rzeczy (przez odkażenie) i mieszkań (przez bielenie ścian i mycie podłóg). Jednocześnie polecono im, aby te pierwsze przypadki chorób zakaźnych jak najśpieszniej odosobniono w szpitalach.

Ażeby wyzyskać łaźnie, znajdujące się przy każdej izbie przyjęć szpitala epidemicznego, oraz aparaty desynfekcyjne, otrzymały szpitale polecenie wyznaczyć 2 dni w tygodniu dla kąpieli uczącej się młodzieży; prócz tego w łaźni szpitalnej mają się kąpać rodziny i otoczenie chorego, a w mieszkaniach ich ma być wykonane odkażenie; aparaty zaś dezynfekcyjne mają 2 dni w tygodniu przeprowadzać odkażenia w szpitalu, a pozostałe 5 dni aparat objeżdża okoliczne wsie i przeprowadza odkażenie zawszonych mieszkańców. W czasie tych masowych oczyszczań wsi tam, gdzie stwierdzono dur powrotny, polecono lekarzom stosować leczenie »neosalvanem«; wskutek tego zarządzenia następne napady były lżejsze i krętków Obermayera we krwi nie znajdowano, co miało wielkie znaczenie w tych razach, gdzie ze względu na odległość od szpitala, złą drogę, lub ciężki stan choroby chorego nie można było przewieźć do szpitala.

Dalej w porozumieniu z władzami administracyjnemi wydano rozporządzenie o przymusowem oczyszczaniu ludności przez kąpiel i odkażenia rzeczy, jak n. p. w Grodnie, gdzie ludność brudna obowiązana była raz na tydzień uczęszczać do łaźni. W tejże łaźni kąpały się dzieci szkół średnich i powszechnych, wojsko, a nieraz i więźniowie. Ażeby z jednej strony zachęcić ludność do kąpieli, a z drugiej umożliwić biedniejszej ludności czystość osobistą, wydawano w niektórych miejscowościach bieliznę.

W parze z temi zarządzeniami wydawano doraźne zarządzenia odkażenia koszar, szkół, więzień, oraz w takich przedsiębiorstwach, gdzie było większe skupienie robotników, znajdujących się w warunkach niekorzystnych. Tak n. p. w tartaku »Gródek« w Białowieży, gdzie niedawno odkażono cjanowodorem 22 mieszkań, zabito przeszło 5 wiader wszelkiego rodzaju robactwa (pluskiew, karaluchów i t. d.).

W niektórych miejscowościach, gdzie był największy napływ repatrjantów i gdzie nie mieli oni żadnych środków utrzymania, porozumiewano się z Radą Opieki społecznej i organizowano kuchnie ludowe, które dokarmiały wygłodzonych repatrjantów, wydając im jednocześnie bieliznę i mydło.

Walkę z epidemjami niezmiernie utrudnia bierna, obojętna, a nieraz i wroga postawa ludności miejscowej, a zwłaszcza przybywającej, która zupełnie nie odczuwa potrzeby dbania o czystość i zdrowie, wprost lekceważąc obowiązujące przepisy sanitarne. Wobec konieczności uświadamiania ludności zorganizowano w porozumieniu z Towarzystwem higjeniczno-oświatowym oraz Inspektoratem szkolnym odczyty i pogadanki o chorobach zakaźnych przez miejscowe nauczycielstwo.

Dzięki tym wszystkim zarządzeniom w większości przypadków niemal natychmiast udawało się opanować epidemję.

Energicznie i celowo prowadzona walka z epidemjami chorób zakaźnych sprawiła, że zaczęły się one zmniejszać, o czem najwymowniej świadczą cyfry w ruchu chorych w powiatach i szpitalach.

Tak więc przedstawia się w ogólnych zaryzach walka z epidemiami.

Z chwilą, kiedy zupełnie ustanie ruch repatrjacyjny i wszystkie urządzenia etapowe zostaną zwinięte, pozostanie jednak największy i najdonioślejszy dorobek Naczelnego Komisarjatu, mianowicie — dobrze zorganizowane szpitale, których na jednym tylko terenie działalności Ekspozytury Białostockiej jest 24, a wkrótce jeszcze 4 będą uruchomione.

Aczkolwiek szpitale te prawdopodobnie wtenczas będą czynne jako szpitale ogólne dla wszystkich chorych, jednakże rola ich, jako pogotowia ratunkowego na wypadek pojawienia się epidemji pozostanie nadal, tembardziej, że ludność na Kresach wschodnich mieszka brudno, niechlujnie, nie dba o czystość osobistą, co przyczynia się do rozpowszechnienia

chorób skórnych i zakaźnych, które wobec tego nie prędko na Kresach wygasną.

Konieczne więc jest obok szpitalnictwa postawić na odpowiedniej wyżynie kąpielnictwo i dezynfekcję, bez czego narazie nie może być mowy o racjonalnem zapobieganiu chorobom zakaźnym.

Należałoby cały kraj pokryć siecią łaźni i przyzwyczaić ludność do korzystania z nich; wtenczas można by być pewnym, że epidemje duru plamistego i powrotnego znikną zupełnie. Wobec jednak ogromnych kosztów, połączonych z budową nowych łaźni, trzeba narazie zadowolnić się urządzeniami prowizorycznemi. Ażeby usunąć braki w akcji dawnych kolumn dezynfekcyjnych ruchomych tak, żeby taka kolumna mogła skutecznie działać, pożądany jest typ lekkiego aparatu odkażającego, zastosowanego do tutejszych dróg, który może działać jednocześnie jako aparat dezynfekcyjny parowy i jako aparat dezynsekcyjny cjanowy.

Początkowo przystosowano szafę Kłobukowskiego do dezynsekcji cjanem na etapie Białostockiem przez dorobienie do niej lejka z kranem i rury, wychodzącej ponad szybrem trąby wodociągowej; za pomocą pary można w ciągu 10 minut znakomicie przewentylować szafkę po dokonaniu dezynsekcji cjanowej.

Wreszcie lekką dwukołową komorę dezynfekcyjną przerobiono w ten sposób, że pozostając parową, może być użyta do dezynsekcji cjanem: w przedniej części beczki dorobiono lejek blaszany z krajem u dołu, przez który można wlewać do beczki roztwór cjanku.

Ponieważ stwierdzono, że przy wysokiej ciepłocie reakcja jest znacznie silniejsza, w czasie zaś dezynsekcji cjanowej znajdujący się u spodu beczki kocioł parowy jest ogrzany, para od niego idzie specjalnie urządzoną rurą do komina wyciągowego i po otwarciu luftu po skończonej dezynsekcji wraz z parą unoszą się do góry gazy, pozostałe do dezynsekcji. Badania stwierdziły, że skuteczna dezynsekcja w takim aparacie trwa 15 minut, przewietrzenie zaś 10 minut.

Cała więc kolumna ruchoma kąpielowo-dezynfekcyjno dezynsekcyjna, zaprojektowana przez kierownika Ekspozytury Białostockiej Dra L e w i t a i wprowadzona już na terenie tejże Ekspozytury, składa się z dwóch wozów (ewentualnie sani); jeden dwukołowy z opisanym tylko co aparatem dezynfekcyjno-dezynsekcyjnym, drugi zaś wóz przeznaczony jest dla cjanu i kwasu siarczanego, rozmieszczonych w odpowiednich skrzynkach, jedna na przodzie, druga w tyle wozu, a pośrodku dla ruchomej łaźni francuskiej z natryskami, wreszcie dla noszy, apteczki i t. p.

O ileby można było zapewnić takiej kolumnie odpowiedni personal, któremu by można zaufać, to sprawa masowego odwszawiania ludności, tego tak ważnego współczynnika w sprawie zwalczania epidemji, byłaby zupełnie rozwiązana, ponieważ w najbardziej głuchych zakątkach naszych Kresów praca dokładnie mogłaby być dokonywaną.

Nie ulega wątpliwości, że wszystkie te zarządzenia i urządzenia sanitarne w walce z epidemjami są niewystarczające, że niezbędne jest uświadamianie szerokich mas ludności, niezbędne jest szerzenie oświaty, ażeby zyskać zaufanie i posłuch, wreszcie niezbędne jest polepszenie bytu oraz warunków mieszkaniowych na Kresach, tak bardzo zrujnowanych wojną. Jest rzeczą jasną, że sprawy te stanowią całość nierozerwalną; staje się więc obowiązkiem wszystkich czynników powołanych dążyć do osiągnięcia tych najważniejszych zadań, co niechybnie przyczyni się do poprawy u nas warunków zdrowotnych na wsi i w mieście.

Przegląd piśmiennictwa.

Anatomja patologiczna.

Zieglers Beiträge zur path. Anatom. T. 68. Z. 3.

J. M. B u d d e. **W sprawie t. z. potworniaków.** Autor na podstawie dokładnie histologicznie opracowanego przypadku guza z okolicy kości krzyżowej, uzyskanego operacyjnie u dziecka 4 tygodniowego, który głównie składał się z tkanek pochodzenia nerwowego, omawia obszernie sprawę potworniaków, wychodzących z okolicy kości krzyżowej, zastanawiając się dłużej nad ich podziałem. Jako punkt wyjścia przyjmuje podział Schwalbego, który wszystkie nieprawidłowości rozwojowe w dolnej części ciała dzieli na 4 grupy. Podział ten B u d d e modyfikuje i upraszcza, starając się wszystkie potworniaki uporządkować w trzech grupach:

1) Właściwe twory bliźniacze umiarowe bigerminalnego pochodzenia. 2) Potworniaki monogerminalnego pochodzenia guzy o nader złożonej budowie, składające się z tkanek, powstających ze wszystkich trzech listków zarodkowych. Wśród nich odróżnia autor dwie grupy: a) embrjomorphną, w której się spotyka dobrze wykształcone narządy, b) embrjoidną, do której należą guzy składające się z rozmaitych tkanek bezplanowo ułożonych. 3) Guzy o budowie mniej lub bardziej złożonej. Pochodzenia ich dopatruje się autor w wadach rozwojowych dolnego odcinka ciała np. w nadmiernym wzroście tkanek otaczających ten odcinek albo odsznurowanych ogniskach przylegających tkanek zarodkowych. Do tej ostatniej zalicza autor przez siebie opisany guz.

O. B i t t n e r. **O nowotworach mieszanych, wychodzących z okolicy gruczołów przyusznych t. zw. »Teratoma parotis«.** Autor na podstawie wielkiego materjału, obejmującego 28 histologicznie zbadanych guzow, wychodzących z okolicy gruczołu przyusznego, stara się objaśnić ich budowę oraz pochodzenie, które do dziś dzień nie jest jeszcze zrozumiałe. Jak wiadomo, guzy te składają się z tkanki gruczołowej oraz z tkanki podstawowej, wśród której znajdujemy tkankę łączną, śluzową i chrzęstną. Wytłumaczenie obecności głównie tej ostatniej wśród utkania guza sprawia wielkie trudności. Po zestawieniu wszystkich w piśmiennictwie ten temat poruszających prac, podaje autor swoją hypotezę. Przyjmuje on, że guz nie jest mieszańcem tylko gruczolakiem, który powstaje z bujania tkanki gruczołowej gruczołu przyusznego, podobnie jak np. gruczolak tarczycy. Komórki nabłonkowe zachowują pewne wydzielnicze własności. Ze substancji wydzielonych, częściowo przyrody śluzowej, częściowo kolloidowej wytwarzają się następowo różnorodne tkanki międzygruczołowe.

T. J. H e l l m a n. **Studja nad tkanką lymphoidalną.** Obszerna praca, w której autor stara się na podstawie piśmiennictwa i własnych badań wyświetlić czynność i zadanie grudek chłonnych czyli t. zw. ciałek Malpighi'ego w gruczołach względnie w całym narządzie chłonnym. Według dotychczasowych zapatrywań, opartych głównie na szkole Flemminga, grudki chłonne są centrami rozwodczemi limfocytów. H. zaś stawia inną hypotezę, mianowicie uważa on grudki chłonne za centra reakcyjne skierowane przeciw działaniu najrozmaitszych czynników szkodliwych, które stale dostają się rozmaitemi drogami do organizmu. Twierdzi on, że ani umiejscowienie, ani ilość grudek nie jest stałą, są one wyrazem upostaciowym dla pracy narządu chłonnego. Jako dowody dla tej hypotezy służą:

1) Figury mitozy w dużych komórkach grudek chłonnych, jako wyraz odczynowego bujania komórkowego w znaczeniu fagocytarnem. 2) Liczne młode naczynia włosowate w grudkach chłonnych, należące do obrazu zapalenia odczynowego. 3) Umiejscowienie mieszków na obwodzie gruczołów i migdałków, tam gdzie wchodzą naczynia chłonne. 4) Zmiany wsteczne w komórkach i wytwory rozpadu komórek. 5) Skąpa ilość grudek lub zupełny ich brak w okresie embrjonalnym. 6) Niepowiększenie się mieszków przy białaczce limfatycznej. 7) Wzmożenie się ilości grudek i powiększenie ich w czasie zakażenia. 8) Obrazy zapalenia, spotykane często podczas zakażenia w grudkach chłonnych.

B. V e i t. **Przebieg zapalenia u królików, u których ciałka białe zostały zniszczone benzolem.** Opierając się na badaniach rozmaitych autorów, jak S t i l l i n g a, P o p p e n h e i m a i N e u m a n n a, którzy, wstrzykując benzol królikom, otrzymywali znikanie ciałek białych we krwi i ich komórek macierzystych w szpiku kostnym, powtarza autor te badania wywołując następowo u zwierząt nie mających ciałek białych, stany zapalne ostre, by się przekonać, w jaki sposób zapalenie takie, bez udziału leukocytów przebiega. Brał on również

króliki wstrzykiwał mniejwięcej 1 cm benzolu na 1 kg wagi dziennie i otrzymywał po 4—7 dniach znaczną leukocytozę, tzn. liczba ciałek białych, która normalnie u królika wynosi 7—10.000, spadała na 1000, w szpiku znikały myeloblasty i myelocyty. Takim zwierzętom wstrzykiwał następowo hodowle agarowe gronkowców i łańcuszkowców i otrzymywał obrazy posocznico-ropnicy.

Zwierzęta ginęły do trzeciego dnia, na sekcji w niektórych narządach, jak sercu i nerkach, widoczne były szarawe, suche guzki, które mikroskopowo przedstawiały się jako ogniska martwicze z zatorami bakteryjnemi, dookoła nieco rozpadłych jąder tkankowych, brak zupełny ciałek ropnych. Miejscami tylko jako odczyn zapalny pojawiają się limfocyty. Na podstawie tych badań autor przychodzi do wniosków:

1) Benzol niweczy rzeczywiście leukocyty we krwi i ich komórki macierzyste w szpiku kostnym. Najlepsze wyniki otrzymuje się przy wstrzykiwaniu większych dawek. 2) Narządy miąższowe pod wpływem benzolu nie ulegają zmianom. 3) W czasie leukopenji wstrzyknięte łańcuszkowce i gronkowce nie wywołują do trzeciego dnia wzmożenie się leukocytów we krwi. 4) Jako oddziaływanie na zakażenie pojawiają się jako pierwsze komórki, limfocyty małe. 5) Ropnie, pojawiające się po zakażeniu w sercu i nerkach, przedstawiają obrazy martwicy, brak zupełny leukocytów. 6) Pojawienie się limfocytów jako pierwszych komórek odczynowych przemawiałoby za teorją Weidenreicha, że limfocyt jest niezróżnicowaną komórką macierzystą wszystkich komórek krwi.

Tom. Z. 3.

H. Weinnoldt. **Badania nad wzrostem czaszki w warunkach fizjologicznych i patologicznych.**

H. Loescheck i H. Weinnoldt. **O wpływie podwyższonego lub zmniejszonego ucisku śródczaszkowego na wzrost czaszki.**

T. Huzala. **O przewlekłym, szarym zaniku wątroby.** H. opisuje 3 przypadki atypowego zaniku ostrego wątroby, mianowicie zaniku tylko częściowego, o przebiegu przewlekłym, z dążnością do zagojenia się sprawy chorobowej. Pierwszy przypadek dotyczył dziewczyny 21 letniej, u której powstały ostre zaburzenia jelitowe i żółtaczka po spożyciu konserw. Osiem tygodni później dziewczyna ta zmarła na zapalenie otrzewnej pochodzenia macicznego. Sekcyjnie stwierdzono między innemi, zanik lewego płatu wątroby z następowem bujaniem tkanki-łącznej. Część zaś wątroby niezanikła przedstawiała obraz przyrostu zastępczego komórek wątrobowych. Według autora zmiana ta powstała po zatruciu konserwami osiem tygodni przed śmiercią, powoli przebiegała bez cięższych objawów klinicznych i może być uważaną za proces już uspokojony w okresie gojenia się.

W drugim przypadku u 31 letniej kobiety stwierdzono również częściowy już zagojonyzanik wątroby, powstały niewątpliwie na tle kiłowem obok licznych kilaków i blizn pokilakowych. Wreszcie w 3 przypadku, dotyczącym 31 letniego mężczyzny, wykazano również ograniczony zanik miąższu z następowem bujaniem tkankołącznowem na tle zimnicy. Taki ograniczony przewlekły zanik wątroby, prowadzący do gojenia się sprawy, proponuje H. nazwać zanikiem szarym (atrophia grisea), w odróżnieniu do zaniku ostrego i podostrego wątroby, atrophia hepatis flava et rubra. W następnem stara się autor na podstawie swego materjału zająć pewne stanowisko w kwestji dziś jeszcze nie rozstrzygniętej, dotyczącej pojawiania się nadmiernej ilości kanalików żółciowych w tkance łącznej bliznowatej, wybujałej w miejscu zanikłych komórek wątrobowych. Według jednych autorów, mamy tu do czynienia z nowo powstałemi przewodami żółciowemi jako objaw regeneracji zanikłych komórek wątrobowych, według innych są to pozostałe i przekształcone beleczki komórek wątrobowych. Do tego ostatniego zapatrywania przyłącza się także autor.

Iwabucki. **Zmiany w nadnerczach przy eksperymentalnym gnilcu.** I. wywoływał u morskich świnek przy pomocy odpowiedniego żywienia objawy skorbutowe i znajdywał typowe zmiany w nadnerczach, mianowicie: W korze zanikają lipoidy, głównie w środkowej części warstwy pasmowatej, również i ciała tłuszczowate, podwójnie światło załamujące Komórki kory w tem miejscu ulegają zmianom wstecznym, często spotyka się w nich obrazy podziału jąder. Naczynia włosowate, szczególnie warstwy siateczkowej, są silnie przekrwione. W komórkach istoty rdzennej brak substancji chromochłonnej. W odróżnieniu do tych zmian przy gnilcu, spotyka się w nadnerczach zwierząt głodzonych bardzo dużo, nawet więcej jak u kontrolnych, ciał tłuszczowatych. Lecz i tutaj jest mało ciał podwójnie światło załamujących.

L. Puhr. **W sprawie t. zw. Struma intratrachealis.** Dotychczas opisano 26 przypadków wola śródtchawicowego, a powstanie ich odnosi przeważnie część autorów do przemieszczonych zarodków tarczycy, zalicza je więc do wad rozwojowych. Puhr miał sposobność badać podobny guz, naleziony na sekcji tchawicy kobiety 21 letniej przy równoczesnym wolu. Dokładne badanie drobnowidowe na skrawkach serjowych wykazało, że guz w tchawicy pozostaje w związku z powiększoną tarczycą, że powstał zatem przez wnikanie bujającej tkanki gruczołowej do tarczycy. Według autora przeważna część w piśmiennictwie podanych przypadków prawdopodobnie w ten sposób powstała, tylko, że nie były dokładnie w tym kierunku badane.

E. Krompecher. **O pochodzeniu i podziale nowotworów, wychodzących z gruczołów ślinowych i śluzowych.** K. porusza w swej pracy do dziś dzień nierozstrzygniętą kwestję pochodzenia nowotworów, wychodzących z gruczołów śluzowych i ślinianek. Ponieważ histologicznie przedstawiają one różnorodne obrazy, pochodzenie ich odnoszą jedni do rozmaitego rodzaju nabłonków, inni zaś do śródbłonków naczyniowych. Autor zaś przyjmuje, że pochodzą one zawsze z nabłonków gruczołów wymienionych, bądźto z samych przybłonków gruczołowych, bądź też z przybłonków ich przewodów, a różnorodność obrazów zależy tylko od stopnia dyferencjacji komórek. Mamy postacie zróżniczkowane, które przypominają nam budową swą gruczoły i przewody gruczołowe i postacie niezróżniczkowane wychodzące z embrjonalnych komórek gruczołowych z t. zw. komórek podstawowych (basalnych). Nowotwory te mogą mieć rozmaitą budowę i przypominać nam nawet raki, wychodzące z basalnych niezróżniczkowanych komórek przybłonka płaskiego.

H. Szusterówna (Lwów).

Epidemjologja.

»Wraczebnoje Dieło« N. 21—23. 1922.

Klein i Slesarewski. **O zjawisku aglutynacji w fermentacjach drobnoustrojowych.** W płynnych podłożach, zawierających glukozę, drobnoustroje rozwijają się, powodując odpowiedni rozkład w węglowodanie, co gociąga za sobą wydzielenie kwasów fermentacyjnych, które ze swej strony przyczyniają się do aglutynacji drobnoustrojów.

Jeżeli do pożywki, zawierającej pewną ilość węglowodanów, wprowadzimy drobnoustroje z grupy b. coli, paracoli lub b. typhi, albo b. paratyphi B i b. enteritidis Gärtnera, to po upływie doby zauważymy aglutynację, która nie występuje tak dobitnie, jak swoista, i przedewszystkiem przebiega bez wyklarowania płynu. Autorowie przypuszczają że szereg organicznych kwasów fermentacji (kwas mlekowy, octowy) powodują tak zw. »aglutynację zależną od kwasów«. Za tem przemawia też okoliczność, że w pożywkach z glukozą, aglutynacja następowała dopiero po upływie doby a więc z chwilą wytworzenia dostatecznej ilości kwasów.

W ten sam sposób próbują autorzy wytłómaczyć zjawiska nagłej samoistnej aglutynacji, co zrozumiałem będzie jeśli uprzytomnimy sobie, że drobnoustroje, naprz. durowe, są bardzo wrażliwe na działanie kwasów, a nieznaczną ilość węglowodanów zwykle drobnoustroje znajdą w każdej pożywce.

S. Złatogorow. **W sprawie rozpoznawania duru powrotnego.** Rozpoznanie duru powrotnego, zwłaszcza w okresie bezgorączkowym, nasuwa niejednokrotnie pewne trudności ze względu na brak objawów klinicznych, jakoteż określonych badań krwi. Ostatnio coraz częściej słyszy się o typie duru powrotnego ze skąpą ilością nawrotów. Według statystyki Andresena ze szpitala morskiego w Piotrogrodzie

przypada 18% na przypadki o jednym napadzie, 51% — z 2 napadami, 23% — z trzema napadami, 6% — z czteroma i 2% — z pięcioma napadami.

Stwierdzenie bakterjolizyn we krwi chorych na dur powrotny przez Gabryczewskiego wyjaśniło, że zwykle znikają one przed każdym nowym napadem i stwierdzenie ich traci na wartości rozpoznawczej. Dla tego autor przerzucił się do metody Bordet-Gengou, wykonując ją z antygenem, otrzymanym z myszki białej, której zastrzyknięto krętki duru powrotnego do jamy brzusznej. Wartość tego odczynu w rozpoznaniu duru powrotnego, w porównaniu z innemi chorobami infekcyjnemi dawała doskonale wyniki. Skomplikowana technika tej reakcji pobudziła autora do wypróbowania metody, opartej na allergji, czyli przestrojeniu tkanek. W tym celu autor brał krew w okresie najwyższego natężania napadu duru powrotnego i mieszał z wodą przekroploną w stosunku 2 ccm krwi do 3 ccm wody i zostawiał w termostacie na 5 dób przy 37°. Otrzymaną w ten sposób lakierową krew, pozbawiał osadu, ogrzewał w ciągu 30' przy 58° i ten rodzaj antygenu wprowadzał wśródskórnie według modły Pirquet'a. Sposób ten zastosowany u 25 chorych w okresie apireksji dał we wszystkich przypadkach pozytywny wynik. Zastosowanie tego odczynu u 25 innych chorych (na zimnicę, dur osutkowy, brzuszny) dało we wszystkich przypadkach wynik ujemny.

Oprócz tego autor wspomina o próbach zastosowania metody prowokacji w przebiegu duru powrotnego. Rzeczą ogólnie znaną jest fakt zaostrzenia szeregu spraw chorobowych, będących w okresie zagaśnięcia (gruźlica, zimnica) pod wpływem durowyoh szczepień ochronnych; ostatnie pociągnęły za sobą masowe zapadanie na zimnicę w szeregach wojska rosyjskiego. To spostrzeżenie skłoniło autora do zastosowania adrenaliny, która, powodując skurcz naczyń śledziony, wypycha temsamem najprawdopodobniej większe ilości krętków Obermeiera do krwiobiegu obwodowego, co ułatwia stwierdzenie tychże w grubej kropli krwi.

W. Janusz (Lwów).

The Journal of the amer. med. association Vol. 79. N. 18.

S. Orgel. New-York. **Metoda wczesnego rozpoznawania krztuśca.** Autor przygotowuje szczepionkę, zawierającą w 1 cm 2.000,000.000 bac. pertussis. Po oczyszczeniu eterem górnych części obu przedramion, wstrzykuje w prawe przedramię 0,12 roztworu soli wśródskórnie, w lewe zaś — takąż ilość szczepionki. Poddano próbie 25 chorych w wieku od 4 tyg. do 9 lat. Odczyn dodatni w postaci tarczki bolesnej, zaczerwienionej, o średnicy 5—25 mm wystąpił w 24 przyp. Odczyn występuje zarówno w okresie wylęgania, jak i nieżytowym i napadowym. Jedyny z owej grupy odczyn ujemny dotyczył chłopca, który, jak się okazało z wywiadów, był specjalnie odporny na zakażenie krztuścem. Odczyn występuje zwykle po 3-ch godzinach, nasila się w ciągu 6-ciu godzin, następnie stopniowo słabnie, pozostawiając nieznaczny naciek.

A. Spiro (Warszawa).

Choroby wewnętrzne.

Annales de Médecine.
Tom XII. Nr. 5.

L. Bernard, M. Salomon i Coste. **Powierzchowne zapalenia żylne kończyn górnych u gruźliczych.** W piśmiennictwie znane są przypadki zapaleń żył w gruźlicy, występujące przeważnie na kończynach dolnych, obejmujące duże naczynia (vena femoralis, v. saphena) i przebiegające z wielką bolesnością, uniemożliwiającą wszelki ruch. Autorowie mieli sposobność spostrzegania trzech przypadków, które różniły się od powyższego znacznie co do swego umiejscowienia i przebiegu. Mianowicie, u trzech gruźlików z daleko posuniętą sprawą chorobową zjawiły się zapalenia powierzchownych żył przedramienia i łokcia z zaczerwienieniem, nacieczeniem bolesnem i stwardnieniem okołożylnem. Zajęte były obie kończyny jednocześnie lub kolejno Zaburzenia czynnościowe były bardzo ograniczone; obrzęków nie było. Zapalenia te różniły się od klasycznych zapaleń żylnych, wywołanych przez inne drobnoustroje, swoją wielorakością i zmiennością. W ciągu 2—3 tygodni zapalenia żylne powstawały, ustępowały i znowu występowały bez wyraźnych objawów klinicznych. Co się tyczy zatorów, to chociaż w przypadkach spostrzeganych przez autorów nie miały miejsca, nie można wykluczyć możliwości ich powstawania. Fakt, że zapalenia żylne powstają na krótko przed zgonem, świadczy o złem rokowaniu i o uogólnieniu sprawy. Niezmiernie trudno odróżnić zapalenia żył gruźlicze od zapalenia żył w kile. Przy różniczkowaniu trzeba pamiętać, że w kile sprawa przebiega o wiele dłużej 3—8 tygodni (w gruźlicy do 3 tygodni), ma charakter przewlekły, często brak widocznego odczynu zapalnego i postępującego wyniszczenia. Co do patogenezy, to umiejscowienie sprawy w ścianie naczynia i brak zatkania światła przemawiają za okołonaczyniowem powstaniem zapalenia.

Wł. Arciszewski (Warszawa).

Klinische Wochenschrift.
Nr. 40. 1922.

W. Frey. **Dusznica brzuszna.** Dusznica brzuszna przejawia się napadami bólów brzucha, wzmożeniem ciśnienia krwi, wzdęciem jelit. W przypadku spostrzeganym przez autora, chory wielokrotnie miewał napady dusznicy brzusznej, podczas których tracił przytomność, występowała sinica, drgawki; tętno początkowo bardzo rzadkie, nikłe, niemiarowe, stawało się następnie częstem do 120 na 1 minutę, ciśnienie wzrastało do 200 mm Hg. Po kilku minutach chory wracał do stanu zwykłego. Na sekcji stwierdzono zwapnienie i pokurczenie naczyń wieńcowych, sklerozę aorty, tętnic nerkowych i jelitowych. W danym przypadku niemiarowość tętna i jego duża częstość zależały od zmiany w naczyniach wieńcowych; co się zaś tyczy bólów w brzuchu i wzmożonego ciśnienia to zależały one od zmian miażdżycowych w naczyniach jelitowych. Badania doświadczalne wykazały, że zmniejszenie dopływu krwi tętniczej do jelit wywoływało ożywioną ich ruchliwość. Ten sam skutek wywierał zmniejszony dopływ kwasów do jelit.

Co do bólów brzucha, to prawdopodobnie są one skutkiem podrażnienia nerwu współczulnego przed nadmierną kwasotę tkanek, powstałą na tle niedokrwistości. Zwiększenie ciśnienia krwi wywołuje skurcz naczyń jelitowych. Jako przyczynę tego skurczu podają również nadmierną kwasotę tkanek. Wzdęcie jelit tłómaczy się w ten sposób, że po początkowym skurczu i napięciu ścian jelit, następuje zwiotczenie jelit. W większości przypadków bywa tylko skurcz jelit bez następowego zwiotczenia. Rozpoznanie dusznicy brzusznej nie przedstawia naogół trudności. Bóle, występujące w różnych częściach ciała u sklerotyków, zwiększone ciśnienie krwi bez zajęcia nerek, każe zawsze być ostrożnym rozpoznaniem wobec możliwej dusznicy brzusznej. Również ostrożnym winno być rozpoznanie w przypadkach wzdęcia przewlekłego na tle nerwowem, gdyż może ono maskować stwardnienie naczyń jelitowych.

Wł. Arciszewski (Warszawa).

Le Journal Médical Français.
1921. Nr. 91.

Leconte. **Nowsze poglądy na zapalenie żył.** Odmiany kliniczne. A. Posocznica żylna podostra. Postać tę wyobrębnił Vaquez, charakteryzuje ją z jednej strony umiejscowienie powierzchowne i odcinkowe, z drugiej zaś strony szerzenie się coraz na inną okolicę, rozwijanie się jakby skokami. Poważniejszych objawów ogólnych jakoteż powikłań wewnętrznych brak. Jest to posocznicza, umiejscowiona wyłącznie w żyłach, o żywotności słabej, groźna jednak swoją długotrwałością, prowadząc niekiedy do zesztywnień stanów. Występować ona może w następujących odmianach. 1) Postać z małemi, rozwijającemi się kolejno ogniskami. Należy ona do najczęstszych i rozwija się u osób z żylakami na kończynach dolnych, daje niewielkie obrzmienie miejscowe, bolesność niewielkie podniesienie ciepłoty. Po uspokojeniu się tych zaburzeń rozwija się drugie, potem trzecie podobne ognisko czyto w tej samej żyle wyżej, czy w kończynie przeciwnej, czy wreszcie na kończynie górnej. 2) Tak zw. »phlegmasia« sprawa zapalna zamiast żył powierzchownych dotyczy głębokich i rozwija się również jakby skakanie. 3) Postać z krwioplucіem, w której kolejnym skokom posocznicy żylnej podostrej towarzyszy niewielkie krwioplucie. Występuje ono

w okresie zaprzestanie unieruchomienia i jest wyrazem niewielkiego zawału płucnego. 4) Postać z zajęciem wszystkich kończyn. Zapaleniu ulegają głębokie żyły kolejno każdej z czterech kończyn.

B. Zapalenie żył tyfusowe lub paratyfusowe pierwotne. Opisał je Widal i Abromi, pomimo niekiedy dość groźnych objawów, kończy się zwykle wyzdrowieniem.

C. Zakrzepy żylne w przebiegu stanów krwiotocznych przewlekłych. W postaci tej, opisanej niedawno przez Weil'a i Blocha, widzimy z jednej strony krwawienia częste z nosa macicy, dziąseł, pod skórę, z drugiej zaś zapalenie żył dość łagodnie przebiegające, występujące bądź to po porodzie, bądź to w postaci zatorów, zdradzających obecność ukrytych zakrzepów. Niekiedy daje się spostrzegać pewna dziedziczna skłonność do zapaleń żył, kiedyindziej znajdujemy obok prawidłowej co do czasu krzepliwości krwi małą kurczliwość skrzepu oraz zmniejszoną ilość hematoblastów i łamliwość naczyń włosowatych (próba z lancetem). Podobny zespół objawów tłumaczą Weil i Bloch stanem niewydolności krwionaczyniowej: z jednej strony krwawliwość i nieprawidłowa krzepliwość krwi, z drugiej zaś częste zapalenia żył, żylaki, guzy krwawnicze, łamliwość naczyń. Te dwie kategorje objawów nie są niezależne od siebie, przeciwnie, zmiany naczyniowe wydają się pierrwotnemi i stoją w związku z dystrofją śródbłonka: wywołuje to z jednej strony zapalenie żył (»endothélite parcellaire« Nolf'a), z drugiej zaś zmiany krwi, jak zaburzenia krzepliwości, zmniejszenie ilości hematoblastów skutkiem osiadania ich na ogniskach zapalenia śródbłonka.

Leczenie. Pod tym względem niewiele nowego jest do zanotowania. Jak i dawniej, obowiązują tu trzy wskazówki: należycie długotrwałe unieruchomienie, unieruchomienie kończyny w trzy tygodnie po spadku ciepłoty, po wyraźnem zmniejszeniu się obrzęku i bolesności dotykowej, wreszcie leczenie kąpielami. U osób z żylakami należy zastosować noszenie pończoch gumowych i higjenę skóry. W razie zespolenia żyły powierzchownej unieruchomienie skrócić można do 10—15 dni po spadku ciepłoty, okłady rozgrzewające z płynów nie drażniących dają wtedy dobre wyniki. Dla opanowania zakażenia wielu autorów podaje dożylne wstrzykiwania kolargolu lub elektrargolu, jako też podskórne wprowadzenie tych środków w sąsiedztwo chorej żyły.

Br. Szerszyński. (Warszawa)

Ginekologja.

Ginécologie et obstétrique.

1922. Tom V. Nr. 3.

Beuthner O. **Zmiany napięcia w mięśniu macicy w przebiegu laparotomji w 3 przypadkach mięśniaka podśluzowego.** Autor zwraca uwagę na wybitną zdolność kurczenia się macicy poza ciążą, zwłaszcza przy mięśniakach podśluzowych macicy. Zjawisko to daje się także obserwować po wprowadzeniu narzędzi do wnętrza macicy. Na dowód tej wzmożonej kurczliwości, przy mięśniakach podśluzowych, która po otwarciu jamy brzusznej była tak wyraźną i utrzymującą się dłuższy czas, że stała się przyczyną pomyłki djagnostycznej, przytacza B. dwie historje chorób swojej kliniki i jedną Brindeau. W pierwszym przypadku Beuthnera i Brindeau pomyłka ta poszła tak daleko, że operator zamknął jamę bez wykonania odpowiedniego zabiegu, sądząc, że ma do czynienia z ciążą. W ciągu dalszej obserwacji pokazało się, że mięśniaki podśluzowe w obu przypadkach — nadawały macicy cechy ciężarnej, a zmiana konsystencji mięśnia macicznego — zwłaszcza na dotyk — doprowadziła do tak znacznych pomyłek.

Bronha M. **Cięcie cesarskie przy łożysku przodującem.** Na 11 przypadkach łożyska przodującego, prawie środkowego, operowanych przez autora z dobrym wynikiem dla matek (1 zejście śmierteine) i dla dzieci (2 śmierci wskutek niedostatecznego rozwoju), stara się wykazać dobre strony cięcia cesarskiego klasycznego i zaleca je gorąco jako metodę leczniczo-operacyjną dla tego cierpienia położniczego. Wybór tej metody ogranicza jednak do przypadków, które nie zdradzają najmniejszych objawów zakażenia, nie były często badane i dla tych, które przy szyi macicznej nie rozwartej, grożą skrwawieniem się

Cięcia cesarskiego dolnego nie poleca B. w przypadkach łożyska przodującego, twierdząc, że cięcie to zwiększa krwotok, a szew szyi macicznej, tj. miejsca zmienionego przyczepem łożyska, napotyka na trudności. (Sam autor nie robił.)

Mossé S. et Fabre M. **Wyciąg z przysadki a krwotoki maciczne.** Wychodząc z założenia, że wyciąg z przysadki mózgowej działać może w trojaki sposób na mięsień maciczny a mianowicie przez pobudzenie do kurzliwości włókien mięsnych, przez zwężanie naczyń macicy i jajników i przez obniżanie wewnętrznej wydzieliny jajników, stosowali autorowie wyciąg ten w różnych rodzajach krwawień macicznych. Z zestawień ich wynika, że krwawienia u młodych dziewcząt w chwili dojrzewania płciowego najlepiej reagują na hypofizynę. Po 2—3 wstrzyknięciach krwotoki ustawały; aby się zabezpieczyć przed niemi na przyszłość, należy injekcje te powtarzać 8 razy. U dziewcząt, mających wybitną skłonność do dalszych długotrwałych miesiączek, polecają na kilka dni przed przypuszczalną datę następnej miesiączki, zrobić znowu 2 wstrzyknięcia wyciągu przysadki mózgowej.

Także przy krwawieniach w okresie klimakterycznym ten sposób leczenia nie zawodził, pozostawał natomiast bez wyniku przy krwotokach, towarzyszących zapalnym stanom błony śluzowej macicy i mięśniakom. Jednem słowem autorowie polecają wyciąg z przysadki mózgowej dla leczenia krwotoków macicznych, miesiączkowych w dwóch przeciwnych sobie okresach życia płciowego kobiety: w jego początkach i zaniku.

Tom VI. Nr. 1922.

Z. Eurizne. **Dystokia uterina.** Autor wykazuje zamieszanie i nieporozumienie, panujące w piśmiennictwie ginekologiczno-położniczem w przedmiocie podanym w tytule. Ile prac w tej sprawie, tyle nazw nowych i nic nie mówiących dla patologji porodu z powodu wystąpienia pierścienia skurczowego Bukerta, czy Schrödera. Jedynie tylko może monografja Turenne i Boero (amer.) starała się wprowadzić porządek w tym przedmiocie — Aby dać gruntowną podstawę nauce o nieprawidłowościach porodowych przy pierścieniu Bandla, należy oprzeć się na podstawach nietylko znajomości anatomji i fizjologji mięśnia macicznego, lecz i na jego fizjopatologji. Nauka histologji trzonu macicy jest jeszcze w rozwoju, dzisiaj nie wiadomo, czyje poglądy na tę sprawę przyjąć. Dzięki pracom Bayera, Aschoffa, Aconti i i. wiemy już daleko więcej o strukturze szyi macicznej, rozumiemy, że z powodu rzadkości w niej włókien elastycznych (mięsnych) nie może przyjść i nie przychodzi do skurczu jej ujścia zewnętrznego. Pojęcie o budowie i przynależności odcinka dolnego (segment inférieur) nie zostało dotychczas ujednostajnione. Jedni, za Schröderem, uważają go jako dolną część trzonu macicy, podczas gdy drudzy za Bandlem, Auvard'em, Aschoffem utrzymują, że jest pochodnym przesmyku. Nowe studja zyskały nowych zwolenników dla jednego i drugiego zapatrywania. Szkoła Wnerzburgska skłania się do Schröderowskiego punktu widzenia; Bumm i Blutnreich widzą zaś w pierścieniu skurczowym wewnętrzne ujście szyji. Nie dość tego: Aschoff — na podstawie badań błony śluzowdj trzony i szyi — stara się udowodnić pochodzenie dolnego odcinka od przesmyku (l'isthme, część między trzonem a szyją). Zapatrywanie to straciło wkrótce na znaczeniu przez dowody szkoły z Göttingi, która streszcza je w następujących słowach: 1) W żadnej macicy niećiężarnej nie daje się rozpoznać przesmyk w pojęciu Aschoffa. 2) Od drugiej połowy ciąży szyja się rozszerza i zostaje zużytkowana na wytworzenie wnętrza tronu macicy; dolny odcinek jest więc górną częścią szyi, która weszła w obręb trzonu macicy i znajduje się między nim a szyją właściwą. Ta część, którą Schröder nazwał pierścieniem skurczowym, jest ujściem wewnętrznem szyi. A wreszcie u jednego z największych zwolenników patologji porodu z powodu wystąpienia pierścieskurczowego — u Demelin przychodzi w ostatnich czasach refleksja, czy wogóle istnieje pierścień skurczowy w tej, lub innej interpretacji, i, aby nie przesądzać sprawy na jedną, lub drugą stronę, nazywa część macicy, będącą w dyskusji: «segment intermédicaire«.

To jedna sprawa nieuzgodniona, a druga, to wnioski o dystokji macicznej, wyciągane z tak niedokładnie określonych pojęć, jak wrażliwość (irritabilité), kurczliwość (contractilité) zdolność do skupienia (retractibilité) i prężność (tonicité)., Wszystkie prace ogłoszone w tym przedmiocie pod różnemi tytułami mają za podstawę te same objawy kliniczne, a tylko różne nazwy dla tego samego zjawiska, wprowadzone przez różnych autorów, stwarzają nieporozumienie i niepotrzebny balast. Wszystkie te stany można podciągnąć pod wspólną nazwę: »dystocie annulaire«· Obok niej istnieje jeden stan, rzadszy od poprzedniego, opisany przez Scanzioniego, zupełnie jeszcze nie opracowany, polegający na obkurczeniu się całej macicy około płodu, a mający swoją przyczynę w skurczu pozapalnym mięśnia macicznego.

Autor streszcza swoje wywody w następujących zdaniach: 1) Dystokia maciczna istnieje tylko jedna, bez względu na to, jaką się jej nada nazwę, należy jednak ją ujednostajnić. 2) Należy się głębiej zastanowić nad dystokią Scanzoniego. 3) Prace nad dystokią maciczną powinny mieć głębszą podstawą i być bezstronne. *Szymanowicz* (Kraków.)

Bibljografja.

Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Lekarz Wojskowy Nr. 3. r. 1923.: B. Sabat: W. K. Roentgen. — Z. Bohdanowiczówna: Odczyn Besredki w gruźlicy. — O. Bujwid: Historyczny rys szczepień przeciw ospie. K. Połkowski: Krwotok pozaotrzewnowy u chorego na krwawiączkę — T. Wretowski: Sanatorja, Zakłady leczn. sezonowe i letniska wojskowe. — T. Sokołowski: Rok pracy na oddziele chir. szpitala okr. w Toruniu. — S. Walkowski: Wojskowa służba zdrowia w wojnie 1918—1920. — T. Korzon: Badanie serca z wojskowego punktu widzenia.

Nr. 4.: F. Goebel: Działanie alkoholu na organizm zwierzęcy. — St. Laskowski: Przyczynek do rozpoznawania przepuklin sztucznych. — W. Kalinowski i J. Czyż: Sprawozdanie z przebiegu epidemji czerwonki w r. 1922. — Z. Gilewicz: Dzieje służby zdrowia w kampanji wołyńskiej Ks. Józefa Poniatowskiego. — Kołłątaj — Srzednicki: Organizacja opieki nad inwalidami w M. S. Wojsk. — L. Zembrzuski: Współczesny stan nauki o wstrząsie urazowym.

Nr. 5.: I. Zieliński: Jak powinny się odbywać perjodyczne przeglądy lekarskie. — H. Becker: O określaniu przemiału mąki. — I. Abramowicz: O jaglicy w wojsku na terenie O. K. Jw. III. i jej zwalczaniu. — H. Wasilewski: Utrwalanie i przechowywanie patologo-anatomicznych preparatów w suchym stanie. — H. Krywald: Wózek sanitarny ręczny. (Redakcja powyższych zeszytów nie otrzymała).

Ginekologja Polska. T. II. Z. III. i IV. poświęcony I Zjazdowi Ginekologów polskich. zawiera: W. Popiel: O postępowaniu przy łożysku przodującem. — A. Wojciechowski: Współczesne dążenia do zmniejszenia niebezpieczeństwa i uniknięcia powikłań przy zabiegach brzusznych. — H. Beck. Kilka uwag w sprawie położenia serca w końcowym okresie ciąży.

Klinika Oczna. Zesz. I. K. Noiszewski: Leczenie opadnięcia siatkówki djetą bezchlorową. — J. Szymański: O wycięciu torebki przy jaglicy. — W. Filiński i W. Melanowski: Śl pota przy krwotoku z żołądka. — S. Szuzaj: O przyczynach spraw wysiękowych i rozrostowych w siatkówce. — J. Frankowska. O leczeniu galwanizacją keratitis dystrophica. — J. Szymański: Szemat poloniczny do automatycznego wykreślania granic wrażliwości siatkówki na światło. K. Noiszewski: Minimum visibile et minimum separabile a widzenie integratio i widzenie dyferencjalne.

Zesz. II. W. Kapuściński: Przyczynki do nauki o jaskrze. — K. Noiszewski: Irydektomja przy zaćmie i przy jaskrze. — S. Szmaj: O przyczynach spraw wysiękowych i rozrostowych w siatkówce (dokończenie). — J. Ruszkowski i J. Dąbrowska: Przyczynek do nauki o nowotworach złośliwych gruczołu łzowego. — W. H. Melanowski: Przyczynek do anatomji patologicznej jaskry. J. Frankowska. Badanie wzroku u dzieci w szkołach początkowych w Warszawie.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Związek lek. dentystów, przynależnych do Izby lek. we Lwowie.

Zebranie naukowe w dniu 26 kwietnia 1923.

1. Przewodniczący kol. Allerhand przedstawia nową taryfę za zabiegi dentystyczne, ułożoną przez siebie, a zatwierdzoną przez lwowską Izbę lekarską dnia 25. IV. 1923; podaje do wiadomości, że Ministerstwo skarbu wstrzymało rozporządzenie w sprawie podatku od zbytku, jaki został nałożony na roboty techniczne. W sprawie tej interwenjowała także Lw. Izba lekarska; zaprasza kolegów do wzięcia udziału w Zjeździe dentystów z całej Polski, który odbędzie się 20 lipca b. r. we Lwowie; zawiadamia, że lwowska Izba lekarska, występując w obronie interesów ekonomicznych lekarzy dentystów, wystosowała do Ministerstwa zdrowia pismo z prośbą o skontrolowanie i ograniczenie na terenie Małopolski praktyki dentystów typu rosyjskiego.

2. Kol. Allerhand wygłasza odczyt: **Z dentystycznej kazuistyki sądowej**. Nawiązując do przypadków procesów sądowych przeciwko dentystom, w których brał udział bądźto jako rzeczoznawca, bądźto jako świadek, przedstawia mówca możliwości, mogące dentystę, wykonywującego swój zawód, uwikłać w proces sądowy. Wprawdzie możliwości te, zależnie od różnego ustawodawstwa w rozmaitych państwach, są odpowiednio różne, stając się niekiedy substratem procesu, podczas gdy przy odmiennem ustawodawstwie i różnych stosunkach stać by się nim nie mogły, to jednak są pewne sytuacje typowe, dające najczęściej powód do procesów wytaczanych przez chorych przeciw dentystom, przez których byli leczeni.

Do zabiegów, powodujących najczęściej skargi sądowe, należą usunięcia zębów, których powikłania można ująć w dwie wielkie grupy: 1) przypadki zachłyśnięcia się (aspiratio) zębem lub korzeniem usuwanym w uśpieniu, 2) zakażenia szczęk po wyjęciach zębów.

Jako objaśnienie pierwszej grupy przytacza mówca kilka przypadków z literatury amerykańskiej, tudzież jeden przypadek, opisany obszernie przez Kantorowicza (Bonn), w którym tenże był czynny jako rzeczoznawca arbitralny. Przypadek ten dotyczył technika dentystycznego, który przedsięwziął celem usunięcia większej liczby korzeni u chorej, uśpienie bromkiem etylowym, przyczem podczas wyjęcia jeden korzeń dostał się chorej do płuc i wywołał długotrwałą chorobę, zakończoną wykrztuszeniem korzenia. Sąd I. instancji skazał pozwanego na zapłatę odszkodowania, a sąd II. instancji zniósł wyrok I inst., opierając się na orzeczeniu Kantorowicza, którego ogólne brzmienie wymagało wprawdzie od osoby niedyplomowanej tej samej staranności i ostrożności przy wykonywaniu zabiegów leczniczych co i od osoby dyplomowanej, z drugiej jednak strony kwalifikowało wpadnięcie korzenia do tchawicy, jako nieszczęśliwy przypadek, któremu nawet obecność asystującego lekarza nie mogła była zapobiedz.

Do drugiej grupy należą spowodowane próchnicą zębów przypadki zapaleń kości szczękowych, dające ciężkie objawy zakażenia, wśród których wyjęcie zęba jest najczęściej tylko epizodem, bywa jednak przez chorego uważane za powód choroby i daje podkład do procesów, które najczęściej kończą się pomyślnie dla pozwanego. (Spraw. wł.)

Węgrzynowska, sekr. *Allerhand*, przewodniczący.

Lubelskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 4 grudnia 1922 r.

Przewodniczący kol. Rogoziński.
Obecnych 12 członków i 5 gości.

1. Kol. Rogoziński przedstawił preparat **gruźlicy kolana z patologiczną »luxatio«** (po dokonanej amputacji).

2. Przyjęto na członka Towarzystwa kol. Krysińskiego.

3. Kol. Jaworski wygłosił drugą część swego odczytu »**O leczeniu gruźlicy kręgosłupa**« (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji kol. Kożuchowski zaznacza, iż jest przeciwnikiem operacji Albe'ego u dzieci.

Kol. Wąsowski sądzi, iż wobec tego, że operacja nie usuwa samego procesu chorobowego, należy u operowanych stosować leczenie ogólne gruźlicy.

Posiedzenie naukowe w dniu 18 grudnia 1922 r.

Przewodniczący kol. Modrzewski.
Obecnych 18 członków i 2 gości.

1. Przewoniczący odczytał podanie kol. Hammerschlaga o przyjęcie go na członka Towarzystwa, oraz list kol. Fiszera z zawiadomieniem o otwarciu przez tegoż pensjonatu uzdrowiska w Zakopanem.

2. Kol. Czerwiński referuje stan pertraktacji między Zarządem Czerwonego Krzyża w Lublinie, a Zarządem Lubelskiego Towarzystwa Lekarskiego w sprawie lokalu dla Towarzystwa Lekarskiego. W sprawie powyższej zabierali głos kol. Biernacki, Drożdż, Krysiński, poczem przyjęto wniosek kol. Krysińskiego, aby Zarząd Towarzystwa poinformował się, czy współżycie w omawianym lokalu z Towarzystwem racjonalnego polowania nie krępowałoby Towarzystwa Lekarskiego. Następnie przystąpiono do dyskusji nad regulaminem Towarzystwa. Omówiono i przyjęto 30 paragrafów regulaminu. W debatach zabierali głos kol. Czerwiński, Krysiński, Drożdż, Jaczewski, Biernacki, Arnstein, Szafnicki, Garbarzewski, poczem na wniosek kol. Dziemskiego z powodu spóźnionej pory dalsze debaty nad regulaminem odłożono do następnego posiedzenia.

Posiedzenie naukowe w dniu 4 stycznia 1923 r.

Przewodniczący kol. Modrzewski.

Obecnych 10 członków i 5 gości.

1. Kol. Drożdż pokazuje chorego z **ropniem mózgu**, operowanego z wynikiem dodatnim. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji na d tym przypadkiem kol. Modrzewski, który operował chorego, opisuje zabieg chirurgiczny. Kol. Jaworski nie zgadza się, iż w danym przypadku była torbiel wtórnie zakażona, jak to przypuszcza kol. Drożdż, gdyż meningokoki zdarzają się często w ropniach mózgu. Pod korowe usadowienie ropnia, jak w danym przypadku, jest charakterystycznem dla ropnia przewlekłego.

2. Postanowiono nie przenosić zebrań Towarzystwa z Biblioteki im. Łopacińskiego, wobec czego zrezygnowano z ewentualnego zajęcia wspólnego lokalu z Towarzystwem Czerwonego Krzyża i Towarzystwem racjonalnego polowania.

3. Przyjęto na członka Towarzystwa kol. Hammerschlaga Rudolfa.

4. Bibliotekarz Towarzystwa kol. Cywiński zawiada, że biblioteka posiada dużo egzemplarzy Pamiętników I-go Zjazdu Lekarzy prowincjonalnych i proponuje rozdanie ich między członków Towarzystwa, życzących sobie je otrzymać.

W sprawie tej zabierali zabierali głos: kol. Cymberg, Modrzewski, Wąsowski i Drożdż, poczem uchwalono aby prezes Towarzystwa porozumiał się w tej sprawie z kol. Czerwińskim.

4. Kol. Kol. Kozłowski wygłosił odczyt: »**O lipoidach**«. (Autoreferatu nie otrzymano).

Dr. *Modrzewski*, prezes. Dr. *Korczak*, sekretarz.

Związek lekarzy P. P. i Towarzystwo lekarskie. Okręg Łucki.

Posiedzenie naukowe w dniu 20 kwietnia 1923 r.

Przewodniczy kol. F. Miłaszewski. Obecnych 12.

1. Kol. A. Wojnicz przedstawił i omówił przypadek **schorzenia gruźliczego górnej nasady kości piszczelowej i stawu kolanowego** u 14 letniej dziewczynki z pierwotnemi ogniskami gruźliczemi w płucach, u której z bardzo pomyślnym wynikiem został dokonany zabieg operacyjny w postaci resekcji kości i stawu. Prócz tego pokazał dziecko z **wrodzoną prawostronną torbielą** wielokomorową, pochodzącą ze szczeliny szyjowej.

W dyskusji kol. Miłaszewski nie wątpi, że w danym przypadku schorzenie nasady kości piszczelowej i stawu kolanowego ma podłoże gruźlicze, robi uwagę jednak, że dla należytego wyświetlenia sprawy chorobowej badanie winno było być oparte nietylko na klinicznych spostrzeżeniach, lecz powinny były być wykonane reakcje rozpoznawcze Moro i Mantona i drobnowidowe badanie plwocin. Zaznacza również, że gruźlicze ogniska umiejscowiają się w stawie kolanowym najczęściej w nasadzie kości piszczelowej, w kłykciu przyśrodkowym i bocznym kości udowej.

Kol. Dolner jest zwolennikiem radykalnego leczenia gruźlicy kości i uważa, że zabieg operacyjny był wskazany, ponieważ zachowawcze leczenie połączone jest ze znaczną stratą czasu i środków materjalnych, prócz tego chorym grozi zawsze generalizacja procesu. Po zbadaniu chorej znajduje dźwięczne rzężenia w prawym szczycie, wobec czego nie należy zapominać o leczeniu płuc, mianowicie stosować leczenie mlekiem.

Kol. Mininzon na zasadzie prac nowszych stara się przedstawić w należytem świetle zagadnienie o patogenezie gruźlicy kości. Jest zdecydowanym zwolennikiem teorji wytwarzania się ognisk gruźliczych w kości drogą naczyń krwionośnych; laseczniki Kocha przedostają się do siatki naczyniowej w nasadach kości z gruczołów chłonnych. Prawdopodobnie, jak wykazały prace prof. Węgłowskiego, nauka Lexera, oparta na starych przypuszczeniach Volkmanna o powstawaniu w tętnicach »metafiz« zawałów z zserowaciałych mas gruźliczych jest mylna. Co do torbieli kol. M. przypuszcza, że jest to dermoid, lub torbiel śluzowa, pozostająca w związku z gruczołami.

2. Kol. Radwański wygłosił rzecz p. t. »**Szczepienia ochronne w odrze**«.

Mówca stwierdził, że doświadczenie poucza o bezskutecznem stosowaniu i zachowywaniu administracyjno-zapobiegawczych przepisów w odrze, które nie mogą zaradzić szerzeniu się choroby, ponieważ udziela się ona otoczeniu już w okresie zwiastunów i zaraźliwość trwa do końca występowania wykwitów. Odosobnienie, odkażenie, zawieszanie zajęć w szkołach, obowiązkowe zawiadomienie nie daje pomyślnych wyników i pozostaje zupełnie bez pożytku. Metodą zapobiegawczą bardzo skuteczną, jak wykazały liczne spostrzeżenia Degkwitza, jest stosowanie serowakcynacji. Posiłkować się należy surowicą ozdrowieńców, która zawiera ciała ochronne i jako surowica homologiczna zaburzeń żadnych w ustroju nie sprowadza. Stosowanie śródmięśniowych zastrzyków surowicy ozdrowieńców w ilości 2,5 ct t. zw. jednostki zapobiegawczej zaczęto z inicjatywy francuskich lekarzy Nicolle'a i Conseila, którzy stwierdzili, że zabieg ten daje bezwzględną odporność na zakażenie odrowe. Mówca pragnie, ażeby metoda tych ochronnych szczepień pozyskała u nas szerokie zastosowanie szczególniej u dzieci obarczonych gruźlicą, w wieku od 1 do 3 lat, wśród których odra nie wygasa i szerzy straszne spustoszenie.

Po odczycie nastąpiła żywa wymiana myśli udział w której wzięli kol. Dolner, Miłaszewski, Drewnowski, Abramski, Wojnicz, Ziemliński i Jasiński.

3. Kol. Mininzon odczytał **Sprawozdanie z I-go Zjazdu lekarzy-ginekologów w Warszawie.**

4. Kol. Miłaszewski, zastępca Naczelnika L. W. P. Izby Lekarskiej, zakomunikował o decyzjach, powziętych na ostatniem posiedzeniu I. L. w Lublinie.

M. Jasiński, sekretarz doroczny.

Sprawy zawodowe.

Dr. Leon ŚWIEŻAWSKI. Skawina.

Z zagadnień ekonomji lekarskiej.

Ubożenie pracującej inteligencji wolnych zawodów jest faktem. Lekarz niema urlopów wypoczynkowych bez wybitnej straty materjalnej; niema zaopatrzenia na starość lub na wypadek dłuższej choroby, wdowa i dzieci po lekarzu częstokroć narażone są na rzeczywisty niedostatek. Natomiast urzędnicy państwowi mają zupełne zaopatrzenie. Dostatek ich materjalny, ogólnie znacznie realniejszy i wygodniejszy, aniżeli niekiedy wyższe bieżące roczne dochody lekarza.

Że lekarze dotychczas materjalnie są niezorganizowani, że dotychczas nie mają wspólnej kasy emerytalnej, że Izby lekarskie nie zdołały do dziś wywalczyć przymusu ubezpieczenia i organizacji — stare to tradycyjne echa lepszych czasów, wytwarzające obojętność w kierunku tych niezbędności zawodowych. Mniemam, że obecnie silnym ruchem sprawa zrealizuje się.

Lecz pojąć nie mogę obojętności Zrzeszeń lekarskich wobec codziennego faktu jawnego i stałego zarobkowania w zakresie praktyki lekarskiej ze strony akuszerek, cyrulików, »składaczy kości«, rzeczoznawców i innych licznych znachorów!

Walki przeciw leczeniu przez nielekarzy niepodobna podjąć jednostce. Od dłuższego czasu i szeregu lat stwierdzam, że po za stolicami, zatem na całej przestrzeni kraju, w miejscowości, gdzie praktykuje n. p. 5 lekarzy, stale leczy prócz nich 10 partaczy. W okolicy mego miasteczka, prócz nas dwóch lekarzy, jawnie, bezkarnie i stale leczy 6 partaczy. Owych 6 oszustów niezawodnie zabiera nam $^1/_3$ dochodu, zatem poważną kwotę. Czy może to istnieć obojętnie?

Lekarz na prowincji nie widuje wielu chorób kobiecych, bowiem z reguły leczy je akuszerka; akuszerka jest syfilidologiem i własnoręcznie »maści« rozległe owrzodzenia kiłowe, by z »temi rękami« następnie pójść do rodzącej. Akuszerka bawi się dentystyką i »zatruwa« zęby — leczy wszystko, płuca, śledzionę, wątrobę, złą krew i t. d. Akuszerka ma kuzyna aptekarza w niedalekiem mieście, tamże pobiera leki i »asprynę«, pobiera więc honorarjum za leczenie, ponadto 500 % zarabia na lekach. Nikt i nic nie położy tamy partactwu i arogancji głupich bab, których głupota równa się ich bezczelności. Przypadków podobnych każdy lekarz zna mnóstwo!

Leczą wszyscy, leczy tak wielu oszustów i akuszerek, odbierając lekarzom poważne dochody.

W byłym zaborze austrjackim wolno leczyć każdemu (!), byle ten arogant nie brał za to wynagrodzenia. Tymczasem każdy partacz każe sobie dobrze płacić, lecz z reguły nie można zdobyć świadka, któryby przyznał, że partaczowi zapłacił. W nielicznych udowodnionych przypadkach sąd ukarał partacza i oszusta tygodniowym aresztem, po odsiedzeniu którego partacz zyskiwał sławę męczennika i tem dosadniej zobowiązywał chorych do milczenia o zapłacie. W znanym mi przypadku pewien sędzia, który kilkakrotnie ukarał pewnego oszusta, gdy nie zdrowiał z porady zawodowych lekarzy, został »uleczony« przez tegoż samego oszusta. Głupota ludzka bywa bezgraniczną.

Ponieważ cały świat lekarski zna liczne przypadki stałego i masowego leczenia przez akuszerki i oszustów, przypuszczam, zgodnie z mem stanowiskiem, iż nie może pojąć, w jaki nielogicznie dziwaczny sposób rządy, prawodawcy oraz inteligentne kierownicze społeczeństwo może godzić się na wolność leczenia chorób przez sprytnego oszusta lub akuszerkę, gdy równocześnie też inteligentne społeczeństwo jest świadome powagi nauki i olbrzymiego nakladu pieniężnego państw celem wykształcenia rzeczywistego zawodu lekarskiego w licznych uczelniach, księgach pracy naukowej i pracowniach naukowych. W jaki to logiczny sposób kierownicze społeczeństwo może uznawać i bezkarnym pozostawić proceder bezczelnego śmiałka i głupca? Mimo to cisza, bierność — bez potężnego sprzeciwu Zrzeszeń lekarskich.

Gdy dziś rozprawiamy o »*numerus clausus*«, o drogach ku ugruntowaniu materjalnego bytu lekarzy — nie zapominajmy o wywalczeniu zasady, obowiązującej jako prawo i ustawa: »Leczyć może wyłącznie lekarz zawodowy«. »Każdy inny obywatel w przypadku leczenia będzie karany wysoką grzywną lub więzieniem«. Prawo to już przed wojną wywalczyli sobie prawnicy w adwokaturze. Skoro to stanie się faktem, na pewien okres znajdziemy nowe miejsca dla wielu nowych lekarzy, zatem rozszerzymy słuszny i godziwy nasz stan posiadania, jakkolwiek nie porzucimy innych dobrodziejstw zrzeszenia.

Sprawa jest nagłą, ekonomicznie pierwszorzędną, przysparzającą $^1/_3$ dochodów lekarskich. Mniemam, iż należałoby

otworzyć rozprawę nie w sprawie zasady: »leczyć może tylko dyplomowany lekarz bez względu na sposób zapłaty lub brak zapłaty« — lecz w sprawie skutecznych sposobów przeprowadzenia tej zasady. Walka o swoje stanu lekarskiego winna pójść drogą:

1. Połączonej, silnej, nieustępliwej i ciągłej walki Izb Lekarskich, oraz nacisku na Sejm i Rząd. 2. Ustawodawstwa wyraźnie i niedwuznacznie sformułowanego. 3. Odezwy Izb Lekarskich do rozdania akuszerkom, gminom, obszarom dworskim, oraz wpływowym ludziom okolic. 4. Posyłania latającej komisji celem śledztwa t. j. celem zdobycia faktu, iż nieuprawniona osoba leczy bez względu na wynagrodzenie. 5. Oskarżania oszustów i egzekwowania praw zawodowych lekarzy nie przez lekarzy, jako jednostki, ale przez adwokaturę w tym celu ustanowioną przy każdej Izbie Lekarskiej.

Sprawa to pierwszorzędna dla poprawienia bytu materjalnego lekarzy. Mniemam, że walka o godną i słuszną sprawę musi stać twardo i silnie tak długo, jak długo prawodawstwo nie uzna słuszności i stanowiska lekarskiego.

Sprawozdanie Zarządu Izby lekarskiej lwowskiej za czas od 7 marca do 9 maja 1923.

W powyższym okresie czasu odbył Zarząd Izby lekarskiej osiem posiedzeń, przy pełnym komplecie członków Zarządu. Przedmiotem obrad na pierwszem posiedzeniu były przedewszystkiem: Sprawa opłat do Izby, przekazana Zarządowi uchwałą Rady Izby z 25 lutego 1923, sprawa Sądu Izby, sprawa zakresu działania Zarządu Izby i regulaminu, w duchu ustawy o Izbach, którato ustawa niezupełnie jasno odgranicza kompetencję Zarządu od kompetencji Rady Izby jakoteż Sądu Izby. W obszernej dyskusji zabierali głos prawie wszyscy członkowie Zarządu. Uchwalono ogłaszać sprawozdania z posiedzeń w Pol. Gazecie lekarskiej. Roczną opłatę do Izby uchwalono w wysokości 24.000 Mkp., o czem zawiadomiono wszystkich członków Izby, przesyłając czeki i wezwanie do zapłaty w terminie do 1 maja 1923; po upływie tego terminu podwyższa się opłata automatycznie o 50%. Uchwalono zwrócić uwagę lekarzy, że opłata w myśl ustawy jest ściągalna w drodze egzekucji. Poruszono sprawę podatku zarobkowego lekarzy w związku z uchwałą Komisji skarb. Sejmu co do interpretacji ustawy o tym podatku. Uchwalono zwrócić się do Prezydjnm Izby Skarbowej, w sprawie wstrzymania egzekucji u lekarzy, rozpatrzenia reklamacyj wysłanych do Izby Skarbowej i spełnienia przyrzeczeń danych ustnie w tej sprawie delegatom Izby lekarskiej przed niedawnym czasem. — Na następnych posiedzeniach omawiano różne projekty funduszów emerytalnych i kas zapomogowych, oraz sprawę lecznictwa urzędników państwowych, organizacji Kas chorych i wolnego wyboru lekarzy. W sprawie lecznictwa urzędników państwowych, zajął Zarząd Izby stanowisko określone ustawą z 2 grudnia 1921, w myśl której lekarze obejmować winni stałe posady, o ile dla danego okręgu Izba ogłosiła normy pracy i skalę płac dla takich posad. Zarazem zatwierdził Zarząd dawną uchwałę Izby lekarskiej, w myśl której zasada wolnego wyboru lekarzy powinna obowiązywać wszystkich lekarzy, a to tak w interesie chorych, jak i leczących się. Omawiano liczne sprawy gospodarcze Izby, jak kosztów lokalu Izby, opału, oświetlenia i t. p., rozpatrywano różne zażalenia lekarzy między niemi sprawę Dr. D. z Z. który czuje się pokrzywdzonym zarządzeniem Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, jakoteż szereg zażaleń lekarzy prywatnych i związków lekarskich, odnoszących się do praktyki nieuprawnionych osobników z b. zaboru rosyjskiego, techników dentystycznych lub lekarzy nie mających nostryfikacji dyplomów.

Sprawę terminu zwołania Naczelnej Rady Izby i wyboru delegatów do tej Rady omawiano z końcem marca b. r. ze stanowiska trudności technicznych i rzeczowych i proszono o odroczenie terminu, aby przygotować projekt regulaminu Izb i przeprowadzić wybory. Poruszono sprawę wymiaru podatku zarobkowego od lekarzy i przygotowano materjał dla Władzy skarbowej, popierający żądanie, by wymiar ten był zgodny z upadkiem dochodów z praktyki, wywołanym dewaluacją i wprowadzeniem Kas chorych. Uchwalono wezwać tych lekarzy, którzy przyjęli posady kontraktowe z ramienia Województwa jako lekarze dla pracowników państwowych, bez uprzedniego porozumienia się z Zarządem Izby co do norm pracy i skali płacy, do usprawiedliwienia się i złożenia tych posad.

Sprawę dentystów-lekarzy typu rosyjskiego (»zubnych wraczy«), techników dentystycznych, oraz lekarzy dających firmę technikom omówiono obszernie i dano Związkowi dentystów odpowiednie dyrektywy; uchwalono również odnieść się do Ministerstwa Zdrowia o określenie stanowiska, jakie »zubni wracze« zająć mają wśród członków Izby lekarskiej, zwłaszcza, że w myśl ust. austr. obowiązującej w Małopolsce, nie wolno wykonywać praktyki dentystycznej nielekarzom. Na kilku posiedzeniach przedyskutowano projekt cennika dentystycznego przedłożony przez Związek lek. dentystyczny i przyjęto go z pewnemi zmianami, jako obowiązujący w okręgu tutejszej Izby lekarskiej. Przedyskutowano regulamin dla Sądu Izby, opracowany przez przewodniczącego Zarządu.

W kwietniu rozdzielono 150 tysięcy marek polskich, między kilka wdów po lekarzach. Załatwiono kilkanaście spraw zażaleń lekarzy przeciw kolegom i przekazano je Sądowi Izby. Uchwalono projekt regulaminu dla Zarządu Izby i dla Sądu Izby. Omówiono obszernie pismo Województwa lwowskiego i Ministerstwa Zdrowia, jakoteż generalnej Prokuratury w Warszawie, dotyczące bojkotu lecznictwa funkcjonarjuszy państwowych, i uchwalono uczynić stanowisko Izby lekarskiej lwowskiej co do tej sprawy zależnem od uchwały Zjazdu lekarzy Państwa Polskiego, który odbyć się miał w Poznaniu. Przewodniczący Zarządu, który był delegatem na ten zjazd, tak z ramienia Izby, jak i okręgu lwowskiego Związku lekarzy polskich P. P., zdał szczegółowo sprawę ze Zjazdu poznańskiego, odnośnie do poszczególnych punktów programu Zjazdu. Co do odrębności lwowskiego okręgu Związku lekarzy P. P. przeprowadzono obszerną dyskusję, a to ze względu na nieuzasadnione i bez porozumienia ze Związkiem lwowskim, wbrew jego woli, dokonane przyłączenie go do Związku krakowskiego przez Zarząd centralny warszawski. Przeciw temu postąpieniu Związku Warszawskiego stanowczo się zastrzegł Okręgowy Związek lekarzy polskich na wschodnią Małopolskę. Omówiono stworzenie instytucji ubezpieczeniowej na wypadek choroby lekarzy (Kasa chorych lekarzy) dla wszystkich członków Izby, wedle statutu dotych zasowej Kasy chorych lekarzy w okręgu Izby lwowskiej; dalej zabezpieczenie na wypadek śmierci lekarza, obejmujące w formie fakultatywnej ewentualnie także żony lekarzy (asekurację na wypadek śmierci).

Na podstawie tych obrad i w wykonaniu polecenia Rady Izby, opartego na ustawie o izbach lekarskich, uchwalił Zarząd Izby rozszerzenie instytucji Kasy chorych lekarzy na wszystkich lekarzy przynależnych do Izby i zaprowadzenie ubezpieczenia obowiązkowego na kapitał pośmiertny, z dopuszczeniem fakultatywnem do tego ubezpieczenia także żon lekarzy.

W sprawie lecznictwa pracowników państwowych uchwalił Zarząd porozumieć się z organizacją pracowników państwowych we Lwowie Konferencja ta ma się odbyć 23 maja.

Dr. *Papée.*

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Księga lekarzy i dentystów. Komitet budowy Domu Medyków przystępuje do wydawnictwa księgi adresowej lekarzy i dentystów Rzeczypospolitej Polskiej. Wobec tego zwraca się do P. P. lekarzy i dentystów o ułatwienie mu tego zadania przez nadsyłanie adresów z podaniem specjalności i godzin ordynacyjnych oraz charakteru służbowego. Komitet budowy Domu Medyków, Kraków, skrytka poczt. 12.

Lwów.

Rektorem Akademji weterynaryjnej wybrany został na rok 1923/24 prof. Dr. Stanisław Niemczycki.

I. Polski Zjazd naukowy lekarzy-dentystów we Lwowie odbędzie się od 21—26 lipca b. r Szereg dotąd zgłoszonych wykładów, jakoteż pokazów, świadczy nader dodatnio o poziomie naukowym Zjazdu, nie mniej celowa i sprawna organizacja techniczna tegoż rokuje, że w Zjeździe weźmie udział poważna liczba uczestników. Do 15. V. zgłoszono 47 wykładów i 34 pokazy. Bliższe informacje i dotyczące Zjazdu, znajdują się w N. 5. Polskiej Dentystyki.

Poznań.

Konferencja w sprawie wychowania fizycznego odbyła się w Studjum Wychowania fizycznego Uniwersytetu w dniach 23—24 czerwca przy udziale 27 delegatów Kuratorjów Okr. Szk., Sokoła, Sekcji Wych. Fiz. TNSW. i t. p. stowarzyszeń i instytucyj z całej Polski, oraz licznych gości. Wygłoszono 4 referaty: »Kształcenie wychowawców fizycznych« (prof. Ciechanowski i Wyrobek, Kraków). »Kwalifikacje i stanowisko wychowawców fizycznych« (p. H. Olszewska, Warszawa), »Sprawa słownictwa gimnastycznego« (prof. Piasecki, Poznań). »Tok lekcyjny w zastosowaniu do wieku i płci« (ppułk. Sikorski, Poznań). Po każdym z referatów nastąpiła ożywiona dyskusja. Do bliższego rozpatrzenia sprawy słownictwa wydelegowano osobną komisję; przyjęte przez nią jednolite słownictwo gimnastyczne uchwalono na plenum. Poza tem uchwalono szereg wniosków, dążących do poprawy stanu wychowania fizycznego w Polsce. Drugiego dnia członkowie konferencji byli na popisie uczniów i uczennic Studjum, który zyskał ich pełne uznanie.

Warszawa.

Towarzystwo Lekarskie polsko-francuskie w Warszawie zawiadamia swych członków, że z powodu spadku marki firma Masson'a w Paryżu chwilowo przestała przyjmować zamówienia na książki po cenach zniżkowych. O nowych warunkach opłat członkowie zostaną powiadomieni.

Tydzień akademicki. W sali senatu Uniwersytetu odbyło się dnia 1 b. m. posiedzenie Rady naczelnej dla spraw pomocy młodzieży akademickiej. W posiedzeniu wziął udział p. minister W. R. i O. P. prof. dr. Głąbiński. Po załatwieniu szeregu spraw Rada omawiała szczegółowo sprawę »Tygodnia Akademickiego« i postanowiła, by »Tydzień« ten odbył się w całej Polsce w dniach od 29 do 24 października b. r. Następnie dokonano wyboru do prezydjum na 2 łata. Wybrani zostali: Prof. Dąbrowski, Wojewoda lubelski i Komisarz oszczędnościowy Moskalewski, wojewoda Sołtan, prof. Strassburger, prof. Wrzosek, Ks. prof. Zimmerman.

Sprostowanie: W N. 24. P. G. L. na str. 432. w pierwszej szpalcie wydrukowano »Dr. J. Fleszer«, a powinno być »Dr. J. Fleszler«.